

कोढ़

मध्ना माहिन्य मण्डल, नई दिल्ली

प्रकाशक,
मार्तण्ड उपाध्याय, मन्त्री
सस्ता साहित्य मण्डल, नई दिल्ली

सस्करण

पहली बार : १०००

नववर : १९४३

मूल्य

वारह आना

मुद्रक,
देवीप्रसाद शर्मा,
हिन्दुस्तान टाइम्स प्रेस, नई दिल्ली

विषय-सूची

भूमिका	(कृ वि कुकडे)	(प्रारम्भ में)	२
निवेदन	(लेखक)	"	७
भूतदया का मन्त्र और विनियोग	(आचार्य विनोबा)	"	११
१ कोढ़ का इतिहास			१
२ कोढ़ का फैलाव			५
३. रोग का दायरा			७
४ कोढ़ कैसे होता है ?			१०
५ ससर्ग-प्रवेश			२०
६ कुष्ठ-जन्तु			२६
७ कुष्ठ रोग की शुरुआत			२८
८ त्वचा के रुग्णको का स्वरूप-लक्षण		"	३२
९ मज्जातन्तु के रुग्णको का स्वरूप-लक्षण		"	४१
१० कोढ़ के प्रकार			५०
११ त्वचा के रुग्णको की किस्में		"	६१
१२ विशिष्ट अवयवों के रुग्णको			६४
१३ कुष्ठ-प्रतिक्रिया		"	७१
१४ कोढ़ की वृद्धि और उतार का क्रम		"	७४
१५ कोढ़ का निदान		"	७६
१६. रोगियों का वर्गीकरण		"	८१
१७ कुष्ठ-जन्तु का प्रतिकार		"	८५
१८ कोढ़ का उपचार		"	९०
१९. साध्यासाध्य विचार		"	९८
२० कोढ़ी की मन स्थिति		"	१०१
२१ कोढ़ का प्रतिबन्ध		"	१०५
२२ कोढ़ और गाव		"	११५
२३ कोढ़ सबधी कुछ उल्लेखनीय सस्यायें		"	११९

भूमिका*

‘लेप्रसी’ यानी कोढ़, रक्तपित्त या महारोग की जानकारी हिन्दुस्तान में तथा मसार के दूसरे भागों में बहुत पुराने समय से—ईस्वी सन् के दो-तीन हजार वर्ष पहले से, होने के प्रमाण मिलते हैं। यह कोई मामूली रोग होता और मनुष्य-जाति को विशेष पीडा या क्लेशप्रद न होता तो इसके बारे में बहुत मोचने-विचारने की जरूरत नहीं थी। परन्तु अत्यन्त दुःखदायी और माननिक पीडा उपजानेवाले जो रोग हैं यह तो उनमें से एक हैं।

यह सब देशों में किसी भी फिर्के के लोगों में होता है। यद्यपि दीन-दुबंलों को यह अधिक मताता है, पर धनियों के साथ भी यह रस्ती-भर भी रियायत नहीं करता। यदि कोढ़ियों में पुस्तों की मर्यादा अधिक है, तो यह समाज-रचना का परिणाम है, इससे यह नहीं समझना चाहिए कि इन रोग में स्त्रियों के लिए किसी तरह की निर्भयता या छूट है। छोटे बच्चों के शरीर में रोग-निवाग्ण की शक्ति की बिल्कुल कमी, और बचपन में आवरण त्वचा और श्लेष्मल त्वचा के कोमल और नाजुक होने के कारण, जैसे कोढ़ी के नजदीक रहने में बच्चों को यह बीमारी लग जाने का पूरा डर रहता है, वैसे ही असावधानी में कोढ़ी के निकट सम्पर्क में रहने में युवा स्त्री-पुरुषों को भी यह रोग लग सकता है। यद्यपि कोढ़ियों की मन्तान जन्म के समय में ही कुष्ठ-पीडित नहीं होती, और जन्म के बाद ही रोग-पीडित माना-पिता में

* यह भूमिका त्रि ए लेप्रसी रिलीफ एसोसियेशन की मो पी और घरार प्रातिक शाखा के एक्जिक्यूटिव कमिटी के चेयरमैन, कर्नल सर कृ वि कुकडे, सी आई. ई., आई एम् एस्, एल् एम् एड एस् (वंबई) एल् आर सी पी पेंड एस् (एनिबरा) रिटायर्ड इन्स्पेक्टर जनरल आफ सिविल हास्पिटल्स सी. पी ने लिखी है।

अलग कर देने पर नीरोग रह सकती है, तथापि कोढियों की सन्तान के शरीर में इस रोग का प्रतिकार करने की शक्ति दूसरों की सन्तान की अपेक्षा कम होती है, और इस वजह से कोढियों के बाल-बच्चों को किसी खास मौके पर इस रोग के लग जाने की अधिक सम्भावना रहती है । यही बात क्षय और कैंसर के रोगियों के बारे में भी होती है ।

कोढ प्रकट होजाने पर, उसका यदि समय रहते अच्छा इलाज न हुआ तो फिर उसकी हालत न पूछिए । प्रायः रोग का प्राथमिक चिन्ह चेहरे पर दिखाई देने के कारण उसका छिपाना असम्भव रहता है, और रोग छुटहा होने के कारण लोग उसके पास फटकने से हिचकते हैं । कुटुम्ब में पति-पत्नी एक-दूसरे को छोड़ देते हैं, और गाँववालों को तो उसका गाँव में रहना भी नहीं सुहाता । उसके बीमार पड़ने पर कोई उसकी सेवा-शुश्रूषा करने तक की हिम्मत नहीं करता । रोग का जोर बढ़ जाने पर उसके हाथ-पैर पर घाव होजाते हैं और हाथ-पैरों की अंगुलियाँ गलने लगती हैं । वास्तव में ऐसा कोढी (जिसे अंग्रेजी में 'वन्ट् आउट केस' कहते हैं) रोगाणुओं से मुक्त होता है, उसके शरीर के कोढ के जन्तु नष्ट हुए रहते हैं, और इसके बाद वह छुटहा नहीं रह जाता । परन्तु उसकी इस बदशाली के कारण साधारण मनुष्य से उसकी ओर देखा नहीं जाता । घाव आँखों पर होने पर वह अन्धा तक होजाता है और गले में होने पर उसकी आवाज तक जाती रहती है । इस प्रकार से विकृत होकर कई अगो में दुर्बल होने पर, भीख माँगने के लिए भी ऐसे आदमी का सामने आना लोग पसन्द नहीं करते । सीभाग्य से दूसरे आकस्मिक या महामारी, जैसे रोगों के द्वारा मृत्यु से उसका शीघ्र छुटकारा न हुआ तो उसको यह दुर्दशा बीस-बीस वर्षों तक भोगनी पड़ती है ।

सब राष्ट्रों का यह अनुभव है कि जिस राष्ट्र ने इस रोग की ओर से आँखें बन्द की और इसे निर्मूल करने में लापरवाही की नीति पकड़ी, उस राष्ट्र में यह रोग बराबर बढ़ता ही गया, और इसके विपरीत

जिस राष्ट्र ने विशेष रूप से ध्यान देकर इसे उखाड़ फेंकने में या इसके फैलने देने के खिलाफ शास्त्रानुकूल और प्रभावकारी उपायों पर अमल किया, उसे इस रोग का समूल नाश करने में बड़ी सफलता मिली। इस प्रकार आज इंग्लैण्ड, फ्रांस, जर्मनी, नार्वे आदि राष्ट्रों ने इस रोग के रोकने का जहाँतक हो सका, पूरा प्रयत्न किया है। कभी-कभी वहाँ कुछ रोगी जो देखने में आते हैं, वे इस रोग को दूसरे देशों से लाये हुए होते हैं।

पहले कहा जा चुका है कि हिन्दुस्तान में इस रोग की जानकारी प्राचीन समय से है। इस रोग का दवा-पानी भी होता रहा होगा। पर रोग को रोकने का विशेष उपाय तो रोगी को अलग रखना ही था। उपाय कोई भी काम में लाया गया हो, यह सही है कि उसमें रोग अपेक्षित रूप में रुका नहीं।

हिन्दुस्तान में इधर बहुत मालो से क्रिडिचयन मिशनरी लोग धर्म-परायणता और भूतदया में प्रेरित होकर कोढ़ियों का दुःख दूर करने की कोशिश में लगे हैं। उनका उद्देश्य बीमारों का सिर्फ शारीरिक ही नहीं, बल्कि आध्यात्मिक दुःख निवारण करना भी होता है। मन् १९२५ ईस्वी में ब्रिटिश एम्पायर लेप्रसी रिलीफ एसोसिएशन की हिन्दुस्तान की मुख्य शाखा अर्थात् इंडियन कौंसिल हिन्दुस्तान की राजधानी में स्थापित हुई और उसकी शाखाएँ हर प्रान्त में खोली गईं और इस काम के लिए एक लाखी रकम एकत्र की गई। सम्प्रति यह इंडियन कौंसिल और इसकी उपशाखाएँ, प्रान्तीय सरकारें, डिस्ट्रिक्ट बोर्ड और इस अत्यन्त महत्त्वपूर्ण और करुणात्मक कार्य में हार्दिक रस लेने-वाले विभिन्न प्रान्तों के कुछ नागरिक अथवा उनके द्वारा स्थापित की हुई निजी संस्थाएँ, सब मिलकर इस देश से कोढ़ को निर्मूल करने के लिए यथाशक्य प्रयत्न कर रहे हैं।

उनकी कोशिशों का थोड़े में कुछ हाल नीचे दिया जाता है—

(१) रोग की उत्पत्ति, उसके फैलाव और उपचार के बारे में खोज करना।

गई है। वल्कि इसका कार्य-क्षेत्र ऐसा रखा गया है कि इसमें की शास्त्रीय और व्यावहारिक जानकारी कोढियो में काम करनेवाले और साधारण जनता को करा देना, इसके प्रतिबन्ध के काम में गडबड करने से होनेवाली जोखिम लोगो को मुझा देना और इस रोग को नेस्तनाबूद करने के लिए किसी खास मौके पर कुछ असुविधाजनक और कष्टकर उपाय की योजना हो तो सारे समाज की सहानुभूति और महकारिता प्राप्त होने में उपयोगी होना। मुझे आशा है कि इस पुस्तक में उपर्युक्त उद्देश्य बहुत अशो में सिद्ध होंगे। मेरी ममझ में श्री दिवाण ने अपने इस परिश्रम में समाज को अपना ऋणी बनाया है।

श्री दिवाण ने इस उपयुक्त पुस्तक के लिए भूमिका लिखने का मान मुझे दिया, इसके लिए मैं उनका कृतज हूँ। अन्त में यह चाहता हूँ कि उनके इस प्रशसनीय उद्योग को जनता का पूरा-पूरा आश्रय मिले और उनके प्रयत्न से कम-से-कम उस हिस्से में, जहाँ वह काम कर रहे हैं, इस अत्यन्त क्लिष्ट और दुःखदायक व्याधि का समूल नाश हो।

नागपुर

कृ० वि० कुकळे ।

२ मई १९४०

निवेदन

कुष्ठ (कोढ़) का नाम हिन्दुस्तान में वैदिक* कालसे सुना जाना है, और उसके इलाज के लिए चालमुष्ठा तेल का उपयोग भी उतने ही पुराने जमाने में होता चला आता है। दूसरे देशों में तो यह रोग खतम होने आया, लेकिन हिन्दुस्तान में अभी इसकी जट जमी है, हुई है। प्रान्तीय भाषाओं में इस विषय की कोई मान्य पुस्तक नहीं है। हम म्यूर, लो, वेड, मिट्सुदा या ह्यागी नरोगों कोढ़ रोग की जानकारी रखनेवाले किसी भारतीय अन्वेषक का नाम नहीं पेश कर सकते। इस रोग के रोगियों का दुःख दूर करने को अपना सर्वस्व दे डालनेवाले फादर डैमियन जैसे लोग हमारे यहाँ नहीं मिलते। कुछ विदेशी भाई हैं, हैं जो कोढ़ियों के लिए हमारे देश में स्वार्थत्यागपूर्वक कई सम्प्राएँ चला रहे हैं। हिन्दुस्तानियों की खोली हुई सम्प्राएँ तो अगुणियों पर गिनने-भर को भी नहीं हैं। यह नहीं है कि हिन्दुस्तान में भृतदया, सेवा की भावना और अन्वेषक बुद्धि का अभाव हो। फिर यह उदासीनता क्यों? अपने १५-२० लाख भाई जीते जी मौत से भी बदतर रोग में पड़े सड़ा करे और हम चुपचाप आँखें खोले देखते हैं, यह 'दया' का मजाक ही तो है या और कुछ?

इस पुस्तक का उद्देश्य इस हालत को बदलना है। यह बात होगी

* मुश्रुत-सहिता में कुष्ठ, यातरक्त, रक्तपित्त इत्यादि रोगों का जिक्र है। उसमें साधारण त्वचा-रोगों के लिए 'कुष्ठ' शब्द वर्तित गया है। फिर उसके 'महाकुष्ठ', व 'क्षूद्रकुष्ठ' नाम से दो भाग करके क्रम से ७ और ११ उपभेद किये गये हैं। उनमें 'अरुणकुष्ठ' के लक्षण आज जिसे कोढ़ कहते हैं उससे मिलते-जुलते जान पड़ते हैं। इस पुस्तक में सब जगह इसके लिए कोढ़ शब्द वर्तित गया है।

लोगो में इस मामले में जो अज्ञान और वहमी कल्पनाएँ हैं उन्हें दूर करने से। वास्तव में तो अज्ञान ही रोग है और ज्ञान ही तारनहार है।

शास्त्रीय आधार को कायम रखकर लौकिक पद्धति से कोढ़ का सागोपाग सरल विवेचन इस पुस्तक में किया गया है। यथाशक्य भाषा सरल, प्रकरण छोटे और पारिभाषिक सज्ञाओं का कम इस्तेमाल करते हुए इस अपरिचित और कुछ क्लिष्ट विषय को सुलभ करने की कोशिश की गई है। पुस्तक को आकर्षक के बजाय उद्बोधक और शास्त्रीय की अपेक्षा सुगम बनाने की ओर नजर रखी गई है। इसमें मनोरंजकता चाहे न हो पर रोगियों के बारे में सहृदयता है, साहित्य न हो पर सह-हित है। सुशिक्षितों के बजाय सिर्फ भाषा जाननेवाले जिज्ञासु पाठकों का खयाल रखकर यह लिखी गई है। इतना मानकर चलना तो अनिवार्य था कि शरीर-विज्ञान का साधारण ज्ञान पाठकों को है। पाठकों को शारीरिक विज्ञान का प्राथमिक ज्ञान न हो तो अवश्य प्राप्त कर लेना चाहिए। बिना इसके ७वाँ और १७वाँ प्रकरण समझना मुश्किल होगा। त्वचा और मज्जातन्तु की रचना और कार्य के सम्बन्ध की जानकारी इसीलिए खासतौर से इस पुस्तक में शामिल की गई है।

यह पुस्तक खासकर म्यूर के 'लेप्रसी', डायग्नासिस, ट्रीटमेंट ऐंड प्रिवेंशन' की दृष्टि आवृत्ति और लो की 'लेक्चर नोट्स ऑन लेप्रसी', इन दो अधिकारी ग्रंथों के आधार पर लिखी गई है। कुछ हिस्सा तो उनका भावानुवाद ही हैं। इसके सिवा राजस और म्यूर के 'लेप्रसी', 'लेप्रसी इन इंडिया' त्रैमासिक के पुराने अकों का और डा० डी एन मुकर्जी के 'शार्ट नोट्स' इत्यादि का आवश्यक उपयोग किया गया है। रुग्णक, काल-कुण्ड, कुष्ठिका, वेधक व्रण इत्यादि कुछ शब्द नये भी गढ़ने पड़े हैं।

इस कार्य में अनेकों ने अनेक तरह की सहायता की है। वर्धा डिस्ट्रिक्ट

लेप्रमी कौंसिल और इंडियन कौमिल ने भी यथाशक्य सहकार किया है ।
इन नवका मडल और में ऋणी और कृतज्ञ हैं ।

अन्न में अपने मन की हालत कहूँ तो 'भाल मालिक का गुवाल के हाथ में लकड़ी' वाली कहावत है । पुस्तक में कहीं कुछ सुझानेलायक जान पड़े तो पाठक जरूर मुझावे । उसपर विचार किया जायगा ।

समाज का इस सवाल की ओर ध्यान हो और इस रोग की जड़ दूर हो, यह प्रार्थना है ।

सर्वेष्ट सुखिन सन्तु । सर्वे सन्तु निरामया ।

वर्धा

१० अगस्त १९४०

मनोहर बल्लवन्त दिवाण

भूतदया का मंत्र और विनियोग

कोठ सम्बन्धी जानकारी के लिए मराठी भाषा में प्रायः यह पहली ही पुस्तक है। प्रत्यक्ष सेवा करते हुए लोक-शिक्षण के निमित्त आवश्यकता देखकर यह लिखी गई है। मुझे आशा है कि इसका ठीक उपयोग होगा। कोठ खास कर गावों का रोग होने के कारण हमारे ग्रामसेवकों के लिए यह पुस्तक काम की होगी।

मराठी भाषा में आज इस विषय पर यह अकेली पुस्तक सामने आ रही है। इसकी वजह है कि कोठियों की सेवा की ओर आज भी हमारा ध्यान नहीं गया है। जो कुछ थोड़ा-बहुत सेवा-कार्य चल रहा है वह ईसाई लोग कर रहे हैं। मानो हमने यह काम ईसाइयों के जिम्मे सौंप रखा है। ईसाइयों के लिए यह भूषण है, पर हमारे लिए वही दूषण है। ऐसा होने का कारण क्या है? मुझे जान पड़ता है — हमने 'भूतदया' इस महान् शब्द का उच्चारण किया। ईसाईधर्म ने 'मानवदया' (ह्यूमेनिटी) इस मर्यादित शब्द का उच्चारण किया। 'भूतदया' शब्द का उच्चारण करने की वजह से एक ओर मासाहार-निवृत्ति जैसे बड़े प्रयोग हम थोड़े-बहुत कर सके, पर दूसरी ओर मानवदया से, जो भूत-दया के पेट में अपनेआप और प्रथम ही आनेवाली चीज है, हम बेखबर रहे।

इस विमर्श से मुक्त होने के लिए भूतदया शब्द छोड़ने की जरूरत नहीं है। शब्द महान् है और वही योग्य है। इससे वृत्ति को व्यापक रखने में मदद मिलती है। पर वृत्ति व्यापक रखकर वर्तुष भी विशिष्ट होना चाहिए। आत्मा महान् होने के कारण उसकी मर्यादा बाधना ठीक नहीं। पर देह मर्यादित होने के कारण मर्यादा छोड़ना भी

संभव नहीं है। मानव की भूतदया का आरम्भ ही नहीं बल्कि इसका मुख्य कार्यक्षेत्र भी मानव ही रहनेवाला है, यह हमें नहीं विसरना चाहिए। और शब्द व्यापक ही रखकर मानव के बाहर जितनी मानवता लेजाई जा सकती है उतनी लेजाने की गुंजायश रखें तो हमारा काम बन जाता है।

हमारे समाज में दयाभाव की कमी तो मुझे नहीं जान पड़ती। पर दूसरी बहुतसी बातों की तरह हमारा दयाभाव अव्यवस्थित है। जब वह व्यवस्थित होगा तब हमारा महान् शब्द और हमारा महान् देश इस महारोग कोढ़ को-फिर वह रोग खुद कितना ही महान् क्यों न हो— जीवित नहीं रहने देगा। हमें आशा करनी चाहिए कि वह समय शीघ्र ही आनेवाला है, और यह पुस्तक इसकी शुभमूचना देनेवाली सिद्ध होगी।

पवनार

२७-८-४०

विनोबा

कोढ़

पहला प्रकरण

कोढ़ का इतिहास

कोढ़ का आदिस्थान अफ्रिका है या एशिया इस बारे में एक मत नहीं है। सम्भवतः अफ्रिका में आरम्भ हुआ होगा। कुछ बहुत पुराने वक्त के प्रमाण पाये जाते हैं। उनमें पहला स्थान वेद में 'कुष्ठ' रोग के उल्लेख का है। ईस्वी सन् के १५५० वर्ष पहले के डवर के पपरिस में 'उचेडू' नाम से कोढ़ से मिलते-जुलते रोग का जिक्र है। ईस्वी सन् के १३५० वर्ष पहले के मिस्र में मिले हुए प्रमाण के आधार पर तो कहा जाता है कि वह सूडान से मिस्र में गुलामों के द्वारा पहुँचा होगा। पर यह प्रमाण सशयग्रस्त है। जो हो, इतना सही जान पड़ता है कि प्राचीन समय में कोढ़ के एक देश से दूसरे देश में फैलने में चढाईया और गुलामों का व्यापार बड़े माधन थे। इस जमाने में भी वही बात है।

(बहुत पुराने समय में मध्य अफ्रिका, हिन्दुस्तान और मिस्र में कोढ़ था।) वहाँ वह आज भी है।

हिन्दुस्तान में वह पूर्व की ओर फैला। प्राचीन चीनी ग्रन्थों में उसके होने के प्रमाण नहीं हैं। पर ईस्वी सन् के २०० से १०० वर्ष के पहले के ग्रन्थों में तो उसका साफ जिक्र है। पहलेपहल उसका उल्लेख चाऊ राज्यशासन के समय में मिलता है। और शाटुग प्रान्त में उसकी शुरुआत होने की बात कही जाती है।

मिस्र में वह भूमध्यसागर के पूर्व की ओर फैला। यहूदियों की बायबल में 'शराय' नाम के रोग का जिक्र अनेक बार आया है। सम्भवतः

इस नाम से अनेक प्रकार के त्वचा—चर्म-रोगों का उल्लेख होता रहा होगा। ईस्वी सन् १५० के मध्य में यहूदी पुस्तकों के अनुवाद हुए। उसमें त्वचा के रोग अर्थात् 'क्षराथ' का अनुवाद 'लेप्रा' हुआ मिलता है। भूल में ऐसा हुआ जान पड़ता है। यूनान में हिपोक्रेटिस के जमाने में कोढ़ नहीं रहा होगा। ईस्वी सन् से पूर्व ३४५ में अरस्तू के जमाने में कोढ़ की साफ-साफ चर्चा मिलती है। उस वक्त कैम्ब्रिसिस, डरायस और जेरकसीज नामक ग्रीक योद्धाओं की मिस्र और एशियामाइनर में जो चढाईया हुई उनकी वजह से ग्रीस में उसका आगमन हुआ होगा। प्राचीन अरबी पोथी-पत्रों में कोढ़ का 'ज्यूदसम' (जुदाम) के नाम से उल्लेख हुआ है। उसका भी ऐसी ही भूलभरी कल्पना से अनुवाद हुआ है। पर एक बार जो 'लेप्रा' शब्द चला, आज भी वह यूरोपीय भाषाओं में चलता जा रहा है।

रोमनों में (इटली में) ईस्वी सन् पूर्व ६२ में पूर्व की ओर पाम्पी के सैनिकों की मार्फत उसने प्रवेश किया। आगे के रोमन इतिहास में उसकी चर्चा लगातार मिलती है। रोमन साम्राज्य के साथ ही उसने यूरोप के दूसरे राष्ट्रों में भी अपने पाँव फैलाये। ईस्वी सन् १८० में उसके जर्मनी में घुसने का उल्लेख है। ईस्वी सन् ६०० तक इटली और जर्मनी में सैंकड़ों कोढ़-आश्रम (लेपर असाइलम) खुलने की चर्चा मिलती है। स्पेन में छठवीं सदी में उसका प्रवेश हुआ। जान पड़ता है रोमन साम्राज्य के पतन के बाद ससिन लोग उसे फ्रांस में ले गये। इंग्लैंड में पहला कोढ़-चिकित्सालय सन् ६३८ में नॉटिंघम में स्थापित हुआ। फिर स्कॉटलैंड, नावों, आइसलैंड, डेन्मार्क, स्वीडन, रूस इत्यादि देशों में उसका फैलाव हुआ। ईस्वी सन् १००० से १४०० के बीच में कोढ़ हर जगह था। सन् १२०० के करीब वह ज्यादा-से-

ज्यादा बढ़ा हुआ जान पड़ता है। यह माना जाता है कि इस फैलाव में धर्मयुद्ध का ज्यादा हाथ था। तेरहवीं सदी से वह घटना शुरू हुआ। कुछ फुटकर स्थानों को छोड़कर सत्रहवीं सदी में यूरोप में वह नहीं के बराबर रह गया। हिसाब से एक हजार वर्ष तक यूरोप में उसका डेरा रहा। यूरोप में उसके नष्टप्राय होने के कारणों का निश्चय करना कठिन है। तथापि मुख्य दो कारण सामने हैं—(१) कोढ़ियों को दूसरों से अलग कर देना, (२) रहन-सहन और गाव की सफाई के सार्वत्रिक सुधार। जहाँ इन दोनों उपायों का अमल होने में देर हुई वहाँ उसके ज्यादा-से-ज्यादा सालों तक टिके रहने के प्रमाण मिलते हैं।

यूरोप में कोढ़ के घटने का जो समय था वही पश्चिमी गोलार्द्ध—उत्तर अमेरिका और वेस्ट इण्डो ज में उसके फैलने का। यूरोप से आकर बसनेवाले और अफ्रिका के गुलाम इसके खास कारण थे। दक्षिण अमेरिका में स्पेनिश और पोर्तुगीज चढाइयों के कारण उसकी पैठ हुई। आगे चलकर नीग्रो गुलाम और चीनियों की वजह से वह ज्यादा फैला।

पिछली सदी के आधे भाग में चीनी औपनिवेशिकों की मार्फत पैसिफिक टापुओं में उसका प्रवेश हुआ जान पड़ता है। हवाई टापू, न्यूकैलेडोनिया, लायल्टी, मार्क्वसास इत्यादि टापुओं में तो हाल में उसके पैर पड़े हैं। इन टापुओं में पहले उसका कोई नाम तक नहीं जानता था। न्यूकैलेडोनिया में १८६५ के करीब पहला कुष्ठरोगी आया। उसके बाद फिर तो दस वर्षों में ही कहीं-कहीं एक-चौथाई से ज्यादा लोगों को उसने अपना शिकार बना लिया। नारू में तो कोढ़ का फैलाव वर्तमान पीढ़ी के देखते-देखते हुआ है। वहाँ वह घुसकर धीरे-धीरे बढ़ रहा था, परन्तु १९१८ के इन्फ्लुएन्जा के आक्रमण के

बाद तो एकदम सपाटे से बढ़ने लगा । कुछ ही सालों में बीम फीसदी आदमियों को उसने बदशकल बना दिया । हाँ रोग का स्वरूप भी भिन्न था । इसका प्रकोप तो शीघ्र ही रुक गया । अब वह कमी पर है ।

आज अल्पाधिक प्रमाण में कोढ़ समार के बहुतेरे देशों में पाया जाता है ।

इस इतिहास से मालूम होता है कि कोढ़ कुछ देशों में हजारों वर्षों से अड़ा जमाये बैठा है । बीच-बीच में वह दूसरे हिस्से में जाता है, वहाँ वह लम्बे काल की सक्रामकता का रूप पकड़ता है और फिर घटता है । इतिहास और आधुनिक खोज से यह सिद्ध होता है कि यह रोग संस्कृति की विशिष्ट अवस्था और सामान्य रहन-सहन के सुधार की कमी-बेशी पर निर्भर रहनेवाला है । खासकर इसके फैलाव का खास कारण झुण्ड-के-झुण्ड मनुष्यों का स्थानान्तर करना है । रोगरहित देशों में जानेवाली सेना, गुलाम और मजदूरों की वजह से यह पसरता है । इसके पुष्ट होने अथवा नेस्तनावूद होने के रुख का भी इतिहास में पता चलता है । समूचे समाज का रोग की रोकथाम के लिए सीधे पर आवश्यक उपाय काम में लाना, समूचे समाज का रोग के स्वरूप के बारे में सचेत होना और समूचे समाज की रहन-सहन की पद्धति के बारे में सुधार होना इसकी जड़ खोने की प्रधान शर्तें हैं ।

दूसरा प्रकरण

कोढ़ का फैलाव

कोढ़ आज उष्ण कटिबन्ध* का रोग माना जाता है। और इस समय वह खासकर वही पाया जाता है। पर जैसा कि हम पहले प्रकरण में कह चुके हैं, उसके सिवा भी वह बहुत देशों में था और है। इस समय मध्य-अफ्रिका, हिन्दुस्तान, चीन और दक्षिण अमेरिका में उसका खासतौर से अड्डा है। अविक-से-अधिक रोग-ग्रस्त हिस्से उष्ण कटिबन्ध में पड़ते हैं। पर शीत-कटिबन्ध में भी वह पाया जाता है। ग्रीनलैण्ड, आइसलैण्ड, नार्वे, बाल्टिक समुद्र के किनारे के देश, कनाडा—ये सभी शीत कटिबन्ध में हैं। उनमें आज भी कोढ़ मौजूद मिलता है। सम-शीतोष्ण प्रदेशों में वह कभी पूरी तौर से था। भिन्न-भिन्न कारणों से वहाँ आज कम हो गया है। तापमान, नमी और घनी जनसंख्या उसके फैलाव के लिए अनुकूल है। ये सब बातें उष्णकटिबन्ध के कुछ हिस्सों में पाई जाती हैं। उसके फैलाव में सामाजिक रीति-रवाजों का भी बहुत-कुछ हाथ है। विशेषतः विषयानिरेक और व्यभिचार कोढ़ के फैलने में मददगार होते हैं। अफ्रिका और पैसिफिक टापुओं के आदिनिवासियों और वैसे ही हिन्दुस्तान के पिछड़े हुए वर्ग में इस प्रकार के इस रोग के शिकार हुए लोग बहुतायत से पाये जाते हैं। चीन में, खासकर दक्षिण की ओर घनी बस्ती वाले उष्ण प्रदेश में, कोढ़ पाया जाता है। वहाँ गन्दी परिस्थिति में, तग जगह में, निरुद्ध रहन-सहन में जिन्दगी बितानेवालों की संख्या अधिक है। अफ्रिका में नाइगेरिया और बेन्जियन कांगो और दक्षिण अमेरिका में ब्रेजिल में भी इन्हीं कारणों से उसका कोप रहा है।

* पृथ्वी का वह भाग जो ऊर्ध्व और मकर रेखाओं के बीच में पड़ता है।

हिंदुस्तान में फैलाव

हिंदुस्तान के एक बड़े हिस्से में कोढ ने अपने हाथ-पाव फैला रखे हैं। आदिनिवासियों में वह पुराने जमाने से चलता आ रहा है। उसकी रोक-थाम के खयाल से जातीय रीति-रिवाजों-सवधी रुढ़ियाँ भी पाई जाती हैं। कुछ जातियों में, जहाँ उसका नाम-निशान भी नहीं था, इधर जंगलों की वस्तियों से मजूरी के लिए बड़े-बड़े गहरों में या उद्योग-केंद्रों में जाने पर उसका प्रवेश हो गया। वहाँ उन्हें उसकी छूत लग जाती है और जब वे अपने स्थान पर वापस लौटते हैं तो उनसे जंगल के दूसरे अधिवासियों में वह फैलने लगता है।

बर्मा में इसका काफी जोर है। आसाम की दोनों घाटियों में यह पाया जाता है। बाहर के रोग-ग्रस्त भाग में जहाँ मजदूर बड़ी तादाद में भर गये हैं वहाँ इसका विशेष रूप से प्रकोप है। बिहार-बंगाल के मध्य में छोटा नागपुर और गंगा किनारे के सपाट प्रदेश के बड़े हिस्से में एक दक्षिणोत्तर पट्टिया की पट्टिया ही हैं, जिसमें गया, सयाल परगना, बीर-भूम, पश्चिमी बर्दवान, मानभूम (पुर्लिया), बाँकुडा और मिदनापुर जिलों का समावेश है। यही पट्टिया नीचे की ओर उड़ीसा और मद्रास इलाके में बालासोर, पुरी, गजाम और गोदावरी तक फैली हुई है। मद्रास का और दूसरा हिस्सा जहाँ इसका ज्यादा जोर है अरकाट और सेलम जिले हैं। त्रावणकोर, कोचीन और मलाबार में भी इसकी बहुतायत है। मध्यप्रात के छत्तीसगढ़ और बरार-विभाग में भी ऊपर के जितना ही है। नेपाल से सटे हुए बिहार के हिस्से और संयुक्तप्रात में भी, कम होने पर भी, है सर्वत्र। हिमालय में और काश्मीर में यह मुश्किल से मिलता है। इसका कारण आत्यंतिक हवामान और जंगली रहन-सहन हो सकता है। पूर्वी हिंदुस्तान में कोढ की प्रवृत्ति सार्वत्रिक

न होकर मर्यादित—दो-चार केंद्रों में ही—रहने की थी। पर अबसे आमदरफ्त के साधन बढे और फैले, कल-कारखानों की बाढ़ हुई, जातियों का पारस्परिक व्यवहार बढा, बड़ी तादाद में लोगों का इधर से उधर जाना आसान हुआ, तबसे अल्पिन हिस्से में भी रोगग्रस्त हिस्से की तरह इसके फैलने की सुविधा होगई।

तीसरा प्रकरण रोग का दायरा

हिंदुस्तान में कोढ़ के दायरे को चार शीर्षकों में बाँटा जाना चाहिए—(१) स्थान, (२) रोग का प्रकार, (३) उम्र, (४) स्त्री-पुरुष-भेद।

स्थान

हिंदुस्तान में कोढ़ कहाँ कितना फैला है, यह जानने के लिए मर्दुम-शुमारी के अंकों के सिवा दूसरा साधन हमारे पास नहीं है। पिछले दस सालों में कोढ़-सबबी जाच का काम हिंदुस्तान के काफी हिस्सों में हुआ है। १९२१ की मर्दुमशुमारी में कोढ़ियों की तादाद १,०२,००० थी। १९३१ में वह १,४७,९११ मिलती है। इसमें यह नतीजा नहीं निकालना चाहिए कि रोग बाढ पर है। इतना ही कहा जासकता है कि पहली जाँच में कुछ ढिलाई रही होगी और पिछली जाँच चौकस हुई होगी। विशेषज्ञों की ओर से खास कोढ़ के सबब में जो जाँच हुई, उसमें रोगियों की तादाद असली मर्दुमशुमारी की तादाद से कहीं तिगुनी तो कहीं बीस गुनी से ज्यादा पाई गई। मर्दुमशुमारी की सख्या से

हिंदुस्तान में वास्तविक कोढ़ियों की तादाद दस गुनी होगी यह मानने में कोई अतिशयोक्ति नहीं है। हिंदुस्तान में कम-से-कम १५ लाख कोढ़ी होंगे। कुछ पीडित प्रदेशों में रोगमान का परिमाण २ प्रतिशत है, कुछ थोड़े हिस्सों में ५ से ७ प्रतिशत और कुछ गाँवों में २० प्रतिशत तक पहुँचा हुआ है। प्रत्यक्ष जाच से यह मर्यादा मालूम की गई है।

रोग के प्रकार

कोढ़ के प्रकारों का विस्तृत वर्णन १० वें प्रकरण में करेंगे। मुख्य प्रकार उसके दो हैं—(१) सौम्य कुष्ठ (न्यूरल) अथवा असासर्गिक प्रकार, (२) कालकुष्ठ (लेप्रोटिस) अथवा सासर्गिक प्रकार।

अनुभव किया गया है कि हिंदुस्तान में आरम्भिक सौम्य प्रकार के—ससर्ग (छूत) न फैलानेवाले रोगी संकड़े ७०-७५ पाये जाते हैं। कालकुष्ठ के—ससर्ग फैलानेवाले २०-२५ प्रतिशत मिलते हैं।

उम्र

किस उम्र के कितने रोगी पाये जाते हैं, इस विचार का विशेष महत्त्व नहीं है। अधिक उपयोगी यह देखना होगा कि कोढ़ के आम तौर से किस उम्र में किस परिमाण में होने की सम्भावना रहती है। इसके लगने की उम्र की जाच के लिए एक सस्था में ४०० रोगियों के अक एकत्र किये गये। उनमें हर एक की जवानी मालूम हुआ है कि पहले लक्षण ३० साल की उम्र होने के पहले दिखाई देने लगे। कोढ़ के आरम्भिक लक्षण शीघ्र ध्यान में नहीं चढ़ते। बहुत काल तक सुप्तावस्था (क्विसेट स्टेट) में रहते हैं। ससर्ग लगने के बाद प्रथम लक्षण प्रकट होने में भी इतना ही लम्बा समय लगता है। इन बातों के विचार से हम इस नतीजे पर पहुँचते हैं कि अधिक उदाहरण इसके वचपन में, युवावस्था में और प्रौढ़ावस्था के विलकुल आरम्भ में होने के हैं। ३०

साल की उम्र के बाद रोग होने की सम्भावना बहुत कम रहती है । वह ५ प्रतिशत से अधिक नहीं होती ।

दूसरी खास बात है कि (बचपन में लगे रोग के ज्यादा जोर पकड़ने की अधिक सम्भावना रहती है और प्रौढावस्था में लगा भी तो साधारण नौम्यस्वरूप का ही होता है ।)

स्त्री-पुरुष भेद

हमारे कुष्ठग्रस्त देशों में (स्त्रियों की अपेक्षा पुरुषों में कोढ़ अधिक मिलता है) मामूली तीर से दूने का फर्क है । इस भेद की नफाई में कुछ लोग का कहना है कि समाज में स्त्रियों की जांच का काम दुष्कार है । उनके बारे में पूरी रिपोर्ट नहीं मिलती होगी । हिंदुस्तान में तो परदे का रिवाज होने ने इस अनुमान के लिए बड़ी गुजाइश है । सयुक्तिक दिव्याई देने पर भी यह अनुमान सही नहीं है । उदाहरण के लिए न्यूगाइना को लीजिए । वहाँ तो स्त्री-पुरुष दोनों ही बिल्कुल कम-से-कम कपड़े पहननेवाले हैं । वहाँ कोढ़ की जांच हमेशा अनावश्यक बन्ध उतारकर की जाती है । उनमें भी स्त्रियों से पुरुष रोगियों की सख्या डबल पाई जाती है । और इसके सिवा वहाँ यह भी देखा जाता है कि पुरुषों ने स्त्रियों में यह रोग अपेक्षाकृत नौम्य रूप लेता है । दूसरी जगहों का भी यही अनुभव है । इसने जान पड़ता है कि स्त्रियों की अपेक्षा पुरुषों में उनका परिमाण बढा हुआ है और स्वरूप भी तीव्र रहता है ।

स्त्री-पुरुषों में भिन्न-भिन्न उम्र की दृष्टि से रोगमान का लेखा देखा जाय तो उनमें भी ऐसी ही विचित्रता पाई जाती है । बचपन में दोनों का लेखा एक-सा रहता है । पर युवावस्था आने पर अथवा उसके बाद के कुछ वर्षों में स्त्रियों में रोग का जोर ज्यादा होने की प्रवृत्ति रहती

हैं। उसके बाद तो पुरुषों का नम्बर ही बढ़ा मिलता है।

इन दोनों वर्गों में रोग के प्रमाण और तीव्रता में भेद होने की वजह क्या है, यह कहना मुश्किल है। सम्भव है शरीर-रचना के भेद, वास्तव्य परिस्थिति या रहन-सहन के भेद के कारण ऐसा होता हो। यह सर्वमान्य बात है कि कुछ रोगों में स्त्रियों की अपेक्षा पुरुषों को ममर्ग-छूत लगने का डर रहता है। पर कोढ़ के सबब में यह बात जितनी स्पष्ट है उतनी दूसरे रोग में नहीं पाई जाती।

साराश, हिंदुस्तान में रोगमान हजार में तीन है। कही वह बीस से भी ऊपर पहुँचता है। इनमें से दो-तिहाई से तीन-चौथाई सौम्य प्रकार के रोगी हैं। एक-चौथाई से एक-तिहाई ससर्ग फैलानेवाले हैं। रोग साधारणतः वचपन में या युवावस्था में लगता है। स्त्रियों की अपेक्षा पुरुष अधिक (लगभग दूने) कुष्ठविकृत होते हैं। इसके सवा उनमें स्त्रियों की अपेक्षा रोग का अधिक उग्र रूप धारण करने की ओर झुकाव रहता है।

चौथा प्रकरण कोढ़ कैसे होता है ?

कोढ़ का नाम बहुत प्राचीन समय से सुना जाता है। अनेक देशों में वह फैला हुआ है। कही कम, कही ज्यादा, कही धीमा कही तीव्र, कही एक-सा हिसाब नहीं है। इसमें बड़े चढ़ाव-उतार हुए हैं। न सुधरो को छोड़ा, न पिछड़ों को वक्ष्सा। कहीं सक्रामक रूप धारण करता है तो कही अड़्डा जमाये बैठा मिलता है। इससे समझदारों के

मन में स्वाभावतः यह प्रश्न उठना है कि यह रोग कैसे पैदा होता है ? इसकी उत्पत्ति के बारे में बहुत तरह के गलत-सही खयालात लोगों में पाये जाते हैं । इन लोककल्पनाओं में कुछ सत्य का अंश, एक-तरफापन और कुछ अतिशयोक्ति होना स्वाभाविक है । शास्त्रज्ञों ने इन सब कल्पनाओं की छानबीन करके इसका रोगोत्पत्तिशास्त्र (इटियालोजी) बना डाला है । मन् १८७१ में हननेन के कुष्ठजंतु खोज निकालने के बाद इन विचारों में शान्धीयता आ गई ।

कुछ लोक-कल्पनाएँ

प्रायः पहली कल्पना है कि अमुक चीज खाने या न खाने से यह रोग होता है । कहीं लोगों की कल्पना है कि मरसों का तेल खाने से, कहीं मूँगफली का, वहाँ कोयने का, वही और किसी चीज का तेल खाने से कोढ़ होता है । दूध और मास इकट्ठे खाने से भी कोढ़ होने की बात सुनी जाती है । कुछ का कहना है कि जिम नमक पर छिपकली भूत गई हो उसे खाने से कोढ़ होजाता है । यूरोप में भी जे हर्चिसन ने मछी मछलियों के भोजन को कोढ़ का कारण बतलाया था । पर बाद को उसका मत बदल गया । जन्म से अर्थात् इस रोग से पीड़ित पिता-माता की कोख में जन्म लेने से यह रोग होने की कल्पना का भी जोर है । रोगी के सहवास में इसके लग जाने की कल्पना भी उतनी ही जोरदार है । इन दोनों का आगे विस्तार में विचार किया गया है । उपदश (गर्मी) रोग से कोढ़ का बहुत निकट-संबंध है, यह कल्पना भी पुरानी है । इन दोनों रोगों को एक ही 'मेह' नाम से पुकारते हैं । रजस्वला-काल में स्त्री-मग करने से इस रोग के होने की बात कहनेवाले लोग भी मिलते हैं ।

इनमें कुछ कल्पनाएँ निराधार हैं । वे शास्त्रीय कसौटी पर नहीं

ठहरती। कुछ में सत्य का थोड़ा अंश है, उतनासा लेना चाहिए। उदाहरणार्थ, अमुक वस्तु खाने से कोढ़ होता है इसके लिए कोई सबूत नहीं है। पर अशास्त्रीय आहार कोढ़ फैलाने के लिए अनुकूल परिस्थिति पैदा करने का एक प्रमुख साधन जरूर है। यह मानने में कोई हर्ज नहीं है कि सूखी या नमकीन मछलियों के सेवन में इसके फैलने में अप्रत्यक्ष सहायता होती है। खयाल रहे कि आहार का रोग-प्रतिकार-क्षमता (रेजिस्टेंस) से सबंध है और प्रतिकार की शक्ति का रोग के फैलने से। परंतु किसी खास साध से रोग होता है यह मानने के लिए शास्त्रीय आधार नहीं है। वैसे ही इस खयाल के लिए भी कोई आधार नहीं है कि मिर्च चना, सिर्फ काजू इत्यादि खाने में रोग जाता रहता है। कुछ का मानना है कि अन्न के द्वारा रोग लगता है, बाहर की छून से नहीं लगता। यह भी नहीं है।

सांसर्गिकता-संबंधी कल्पना

पुराने जमाने से इस रोग से सब जगह के लोग डरते और घृणा करते रहे हैं। वैसे ही इस रोग के सबंध में लोगों के जो खयालात जमे मिलते हैं उनसे जान पड़ता है कि इसके छुट्टे होने की कल्पना लोगों में थी। इसे आनुवंशिक मानने की ओर भी लोगों का कुछ झुकाव था। पर उसमें निश्चितता नहीं थी, उसमें अज्ञान और झूठे डर का मिश्रण दिखाई देता है। इसकी वजह से कोढ़ियों के साथ वर्तव करने में क्रूरता का रिवाज चलता आया दिखाई देता है। यह ठीक है कि इससे रोग के रुकने में कुछ मदद मिली, लेकिन बहुत बार रोगियों को व्यथ कठोरता का भी शिकार होना पड़ता है।

रोग के स्पर्शजन्य (छुट्टा) होने की कल्पना थी, तथापि उसकी स्पर्शजन्यता साधारण स्वरूप की थी या तीव्र स्वरूप की, इसकी कल्पना

नहीं थी । इसका भो विचार नहीं हुआ था कि सभी रोगी सासगिक दशा वाले होते हैं या कुछ । न इसीका विचार हुआ था कि रोग लगने का भय किसे, किस परिस्थिति में और कितना होता है ? कितनोको रिवाजो का अतिरेक और कठोरता पसंद नहीं आती, इसलिए वे एकवारगी दूसरे सिरे पर जाकर उलटे यह प्रतिपादन करने लगते हैं कि यह रोग सासगिक नहीं है । यो, लोकमत का काटा इधर से उधर झूलता रहता है । पहले कह चुके हैं कि यूरोप के बहुतेरे देशों में अनेक कोढी-आश्रम थे । अकेले फ्रांस में उनकी सख्या दो हजार से ऊपर थी । पहले अंग्रेजों के यहां कोढियों के सवध में जो कायदे थे उनके सवध में व्यवस्थित तथ्य मिलता है । सर जेम्स सिम्सन ने निम्न-लिखित वर्णन दिया है—“कोढी को कुटुम्ब से अलग कर देते, विवाहित होने पर पत्नी को तलाक दे देना पड़ता, उसकी स्त्री को पुनर्विवाह करने की इजाजत थी । उसे कोढी-आश्रम में लाकर रखने के पहले पादरी कुछ विधिया पूरी कराता और अत्यविधि (मरणविधि) की भांति उसके शरीर पर मिट्टी भी डालता । कायदे की निगाह से उसे मरा मान लिया जाता । उसे एक खास तरह की पोशाक पहननी पड़ती । रास्ते से आते-जाते उसे एक खास तरह की आवाज करनी पड़ती । उसे होटलो, गिर्जों, कारखानों और दुकानों में घुसने की मनाही थी । छोटे बच्चों से कुछ भी लेने-देने पर रोक थी । वह सार्वजनिक जलाशयों का उपयोग नहीं कर सकता था । कोढियों को छोड़कर दूसरों के साथ खाने-पीने पर प्रतिवध था । आम रास्तों पर न चलने देकर सकड़ी गलियों में से आने-जाने की आज्ञा थी । रास्ते में बात करनी हो तो जोर से नहीं की जा सकती थी । बाजार में कुछ खरीदना हो तो छड़ी के इशारे से बताना पड़ता । रहने का स्थान तो बस्ती में बहुत ही दूर होता था ।”

अफ्रिका की पिछड़ी हुई जातियों में भी ऐमे ही अथवा इससे भी कड़े रीत-रिवाज प्रचलित होने के सबूत मिलते हैं। वहा तो रोगी को जवर्दस्ती अलग कर दिया जाता है और वही उसे खाना पहुँचा दिया जाता है। सेनेगाल, आइवरीट, कोमोरो बंदर और मादागास्कर में १९२५ तक यह रिवाज था। हिंदचीन में मर जाने पर रोगी को उसके विछावन समेत जला देने की रीत है। गाड़ना हुआ तो ज्यादा गहरे गड्ढे में गाड़ते हैं। चीन और जापान में भी गाव से बाहर उनकी बस्ती बसाने की प्रथा है। जापान में 'केन' नियम के अनुसार प्रतिष्ठित कोढ़ियों तक को बहिष्कृत भिक्षुको की पात में जाना पड़ता है। अपने यहा मनुस्मृति में भी इसी तरह का उल्लेख मिलता है। उसकी मरण-क्रिया में नहीं जाना चाहिए, ऐसा लोकमत आज भी अपने यहा कहीं-कहीं दिखाई देता है। उन्हें 'पापरोगिण' यह नाम देने में तिरस्कार की हद होगई है। इन बातों से इस रोग के मसर्गज होने की कल्पना और भय प्राचीन समय से जारी दिखाई देते हैं।

आनुवशिकतासंवंधी कल्पना

पहले कहा जाचुका है कि सासर्गिकता की भाँति आनुवशिकता (हेरिडिटी) सबंधी खयाल भी पहले से चलता आया जान पड़ता है। चीन, जापान और अफ्रिका में कोढ़ के आनुवशिक होने का खयाल आज भी मौजूद है। हिंदुस्तान में अगर किसी रोगी से कहिए कि उसे कोढ़ है तो अनेक बार यह उत्तर मिलता है कि मेरे पूर्वजों में यह किमी-को नहीं था। इस जवाब में यहा रोग के आनुवशिक होने का खयाल समाया हुआ है।

यूरोप में भी सत्रहवी, अठारहवी, उन्नीसवी सदी में सन् १८७१ तक इस रोग के आनुवशिक होने का खयाल खूब फैला हुआ था। पिछली

सदी में इस खयाल ने ज्यादा जोर पकड़ा। आनुवशिकता और स्पर्श-जन्यता इन दोनों उपपत्तियों में होड़-भी लगी हुई थी। कभी इसकी तो कभी उसकी प्रबलता होती थी। १८४८ में डैनियलमेन और दोब्रक सरीखे अधिकारी विशेषज्ञों ने जो पुस्तक लिखी उसमें इस आनुवशिकता की उपपत्ति पर जोर दिया। इस खयाल को उत्तेजन मिलने का कारण लंदन में 'रायल कालेज आफ फिजीशियन' की रिपोर्ट हुई। उसकी १८६२ की रिपोर्ट में यह फैसला दिया हुआ मिलता है कि यह रोग सार्वगिक नहीं है और रोगी को बरबस अलग करने के लिए उपाय करने की आवश्यकता नहीं है। पर आगे मालूम हुआ कि यह निर्णय करने में गलती थी। इस रिपोर्ट के कारण प्रत्यक्ष रूप से यह फायदा तो हुआ कि उसकी वजह से दोनों मतों की अच्छी छान-बीन हुई। इन बातों की खोज की ओर जोर से ध्यान गया। उसके बाद तत्काल ही १८७१ में हनसेन ने सूक्ष्मदर्शक की सहायता से कुष्ठजंतु का होना सिद्ध किया। कुष्ठविज्ञान (लेप्रालोजी) में इस टक्कर की खोज अभी-तक नहीं हुई है।

आनुवशिकता के विरुद्ध सबूत

कोढ़ आनुवशिक है, नमगंज नहीं, यह जो बीच के काल में प्रतिपादित किया गया उसका आधार क्या था, इसकी छान-बीन करने पर यह गलत भावित हुआ। कुछ का निरीक्षण मर्यादित क्षेत्र में था, इसलिए वे सही अनुमान नहीं कर सके थे। मालूम हुआ कि इनमें कुछको रोग के प्रत्यक्ष स्वरूप का अनुभव नहीं था। कोढ़ की आनुवशिकता की कल्पना के विरुद्ध विशेषज्ञों के इकट्ठे किये हुए सबूत तीन भागों में बाटे जाते हैं—

१—सब कुष्ठवेत्ताओं का अनुभव है कि कोढ़ की बाढ़ के

माथ-साथ पुरुष रोगी की वश-वृद्धि की शक्ति नष्ट होने लगती है। तब यह असंभव है कि जो रोग वशवृद्धि की शक्ति को नष्ट करता है वह स्वतः आनुवंशिक हो।

२—हवाई द्वीप, न्यूकैलोडोनिया और मार्कस्वास द्वीप में कोढ़ महामारी की तरह जोरो से फैला। सिर्फ बीस ही वर्षों की मीयाद में वहां रोग ऐसी विलक्षणता से बढ़ा कि आनुवंशिकता की कल्पना के लिए कोई गुंजाइश ही नहीं रह गई। इसके सिवा यूरोप-आगत निवासियों में भी उसका संसर्ग फैल गया, जिनके पूर्वजों की पीढ़ियों में उसका नाम-निशान तक नहीं था। ब्रिटिश गायना और दूसरे उष्णकटिबंध वाले प्रदेशों में ऐसे अनेक उदाहरण हैं।

३—यदि यह रोग आनुवंशिक होता तो जहां इसने डेरा डाल दिया था वहांसे उखड़ने या कम होने की बात सामने न आई होती। इसका एक भजेदार उदाहरण नार्वे के १७० आदमियों का है। इनमें कुछ को प्रत्यक्ष रोग का आरम्भ हाल ही में हुआ था, बाकी को संसर्ग लग चुका था और वे रोग लगने की तैयारी में थे। उन्हें नार्वे से अमेरिका के समशीतोष्ण प्रदेश में बसने को भेज दिया गया। हमने उन ने वाद को उनकी जाच की तो उनमें से एक के भी प्रत्यक्ष रोग नहीं मिला। उनके वंशजों में से किसीको भी होने का पता नहीं लगा।

इसकी अपेक्षा निर्णायक सबूत इधर कोढ़-आश्रमों में रोगियों के जन्मे हुए बच्चों का है। कोढ़ियों के पेट से हुए बच्चे जन्म से ही अलग करके पाले जाने पर निरोगी रहते हैं और उन्हें निरोगी सतान होती है, यह आज अनुभव से प्रत्यक्ष सिद्ध होगया है। हिंदुस्तान में तरनतारन (पंजाब) के कुष्ठ-निवास की रिपोर्ट और मादागास्कर के उदाहरण इस सबब में अध्ययन करनेयोग्य हैं।

यहाँ एक बात बताने की जरूरत जान पड़ती है। (यद्यपि कोढ़ आनुवंशिक नहीं है, तथापि उसकी रोग-ग्रहणशीलता (ससेप्टिविलिटी) तो आनुवंशिक है। मतलब, कोढ़ी की सत्तान को कोढ़ होजाने का डर दूसरो की सत्तान की तुलना में अधिक होता है) और यह उन्हें जन्म से ही मिलता है। इसलिए ऐसे बच्चों को रोग से बचाने की ज्यादा खबर-दारी रखनी चाहिए। क्षय रोग का भी यही अनुभव है।

स्पर्शजन्यता के विषय में प्रमाण

आधुनिक विशेषज्ञों ने जो अनेक और सबल प्रमाण सामने रखे हैं उनसे इस रोग के स्पर्शजन्य होने और ससर्ग के कारण ही फैलने के विचार की पूरी पुष्टि होती है। ब्राउस, हिलिस, व्हाट, लेलायर के ग्रंथों और हवाई द्वीप की रिपोर्ट में इसके व्यवस्थित प्रमाण एकत्र किये गये हैं। अपने यहाँ तो हमके इतने प्रत्यक्ष उदाहरण हैं कि उनका उल्लेख करने की भी जरूरत नहीं है। तथापि कुछ चुने हुए उदाहरण देना उपयोगी होगा—

१—एक मालगुजार का एक नौकर कोढ़ी था। शुरुआत के बारे में इसका किसीको पता नहीं था। वह गाव के पास के बाग में मोट चलाता और बाग की रखवाली करता। उसकी रोटी वही पहुँच जाती। बार-बार वह घर भोजन के लिए जाता। बाग छोड़कर वह प्रायः कहीं जाता नहीं। मोट चलाना अथवा मालगुजार के छोटे बच्चे को लेकर बाग में खिलाना या रखवाली करना यह उसका क्रम था। आगे चलकर उसका रोग बहुत भयंकर हो गया। मालगुजार के लड़के को भी लग गया। पर उम कोढ़ी का जो निज का लड़का था वह बिल्कुल ठीक पाया गया।

२—किसी छोटे द्वीप में जब नये सिरे से रोग होता है तो स्पर्श-जन्यता के अभ्यास के लिए अच्छे साधन मिलते हैं। कनाडा के एक खंड

के किनारे पर ट्रिकार्डी लेपर एसाइलम है। उसके पडोस में ही वेट्सी मैक्कार्थी नाम की स्त्री का जन्म हुआ था। वह सामने के प्रिंस एडवर्ड नाम के छोटे द्वीप पर रहती थी। उसकी जिंदगी के ५२ वें साल में उसे यह रोग फूटा। १८६४ में वह गुजर गई। रोग फूटने के पहले उसकी पांच बच्चे हो चुके थे। सबसे बड़ा लड़का २० वर्ष का था। ये सब लड़के रोगग्रहणशील (ससेप्टिवल) उम्र के थे। उनमें सबसे छोटी लड़की को छोड़कर बाकी के बच्चों को एकसाथ ही रोग ने घेरा। इसके बाद उसका देहान्त हो गया। छोटी लड़की की जान डेल नामक आदमी से शादी हुई। जान डेल को रोग ने घेरा और उसकी दो लड़कियों को भी। एक आदमी ने चौबे बच्चे की सेवा-शुश्रूषा की थी, आगे चलकर उसे भी रोग लगा। उस स्त्री का जेम्स कमेरन नामक का दूसरा दामाद उसके सासर्गिक बच्चों के साथ उठता-बैठता था, उसे भी रोग ने सन् १८७० में पकड़ा। इस प्रकार इस एक स्त्री की छूत में ५ लड़के, २ नाती और ३ दूसरे सबंधी रोगग्रस्त हुए। तबतक उस टापू में इसके सिवा और किसीको कोढ़ रोग नहीं था। घर में छूत फैलने का यह एक खाम उदाहरण है। दामाद, मित्र और नौकर के बारे में तो आनुवशिकता का कोई दूर का सबब भी नहीं जोड़ा जा सकता।

३—हिंदमहासागर में मारिशस के पास एक छोटा-सा रोड्रिग्यूज नामक टापू है। १८७५ से ८५ के बीच डियागो नामक एक मल्लाह मारिशस से वहां बसने गया। तबतक उस टापू में किसीको कोढ़ नहीं था। ४-५ वर्ष बाद मल्लाह को कोढ़ फूटा। रोग के जोर पकड़ने पर वह एक पहाड़ी पर जाकर रहने लगा। तबसे सालभर के अदर-ही-अदर डियागो के मालिक के लड़के में रोग के लक्षण प्रकट हुए। यह लड़का नाव पर बराबर डियागो के साथ काम करता था। फिर तो सन् १९२०

के भीतर इस टापू में २३ कोढ़ी होगये । उनमें १६ मालिक के रिश्तेदार थे और बाकी ७ डियागो के सबधी ।

४—रायल कालेज आफ फिजिशियस, लंदन की सन् १८६२ की रिपोर्ट के आधार पर उस वक्त चलते हुए कुछ कुष्ठ-निवास बंद कर दिये गये । बाद में पता चला कि उन स्थानों में कोढ़ की वृद्धि हुई । तब फिर उन कुष्ठ-निवासों को चालू किया गया । इससे भी कोढ़ के स्पर्श-जन्य होने की बात साबित होती है ।

पति-पत्नी में ससर्ग-प्रमाण कम क्यों है ?

पारस्परिक सबध के कारण रोग लगने के इतने उदाहरण मिलते हैं कि इसकी सासर्गिकता—छूने के बारे में शका की कोई गुजाइश नहीं रह जाती । फिर भी शका की एक वजह है । मानिए, कोई रोगी है । उसके ४-५ बच्चों को भी रोग लगा । पर उनकी स्त्री और उन बच्चों की माँ रोगी पति से बराबर ससर्ग रखते हुए भी रोग से बची रहती हैं, ऐसे उदाहरण कई बार मिलते हैं । ऐसे उदाहरणों की अच्छी छानबीन किये बिना ही कितने ही लोग तय कर लेते हैं कि कोढ़ आनुवशिक है, स्पर्शजन्य नहीं । पति से स्त्री को और स्त्री से पति को रोग लगनेवाले उदाहरण भी मिलते हैं । पर संतान को माता-पिता से रोग लगने के जितने उदाहरण मिलते हैं उतने पति-पत्नी में नहीं मिलते, यह ठीक है । एक को कोढ़ था और बढ चला था । बाल-बच्चे नहीं होते थे । उसने पहली स्त्री के होते भी एक दूसरी जवान लडकी से शादी की । पहली स्त्री ज्यादा दिनों से साथ रहने पर भी रोगी नहीं हुई, पर यह दूसरी स्त्री दो-तीन वर्षों में ही रोग का शिकार बन गई । इसका कारण यह जान पड़ता है कि इस आदमी का रोग जब सासर्गिक दशा में पहुँचा तो उसकी पहली पत्नी की उम्र रोगग्रहणशीलता से ऊपर होगई थी,

इसलिए उसे छूत लगनी मुश्किल थी। दूसरी रोगग्रहणशील उम्र में थी और पति सासर्गिक हालत में पहुँचा हुआ था। ऐसी परिस्थिति में तावडतोड़ छूत लगना आसान था।

कोढ़-रोगियो में बहुतेरे ऐसे होते हैं कि उनका रोग दूसरों को नहीं लगता। कुछ सासर्गिक अवस्थावाले होते हैं, जिनसे वह दूसरों को लगता है। इसी तरह सबको रोग लगने का डर भी नहीं रहता। बचपन में, जवानी में, आम तौर से २५ वर्ष की उम्र के अंदर रोग लगने का अधिक अवशेष रहता है। ३० साल की उम्र के बाद लगता भी है तो सैकडे ५ को। पहले लोगो को इस मर्यादा की स्पष्ट कल्पना नहीं थी, इसी लिए इस तरह की गलत धारणा होती थी।



पाँचवां प्रकरण संसर्ग-प्रवेश

रोगी शरीर से प्रत्यक्ष स्पर्श होने पर दूसरे को लगनेवाले रोग को 'स्पर्शजन्य अथवा स्पर्शसंचारी या छुतहा' (कान्टेजियस) रोग कहते हैं। रोगी शरीर से निकले हुए मल, मूत्र, पसीना थूक, लार, नेटा, उच्छ्वास वगैरह के द्वारा दूसरे को लगनेवाले रोग को 'संसर्गसंचारी अथवा सासर्गिक' (इन्फेक्शस) रोग कहते हैं। साधारणतः कोढ़ को स्पर्शजन्य कहा जाता है। अखीर की बहुत भयंकर अवस्था में पहुँचने पर वह सासर्गिक भी होजाता है।

संसर्ग-प्रवेश-द्वार

वर्तमान समय में कुष्ठवेत्ता कोढ़ को स्पर्शजन्य मानते हैं। पर शरीर

में ससर्ग पहुँचने का निश्चित द्वार कौनसा है, यह आज भी निश्चयपूर्वक नहीं कहा जा सकता। इस रोग के सूक्ष्म जंतु होते हैं। उनके शरीर में घुसते ही शरीर की पेशिया (सेल्स) उनसे झगडती है। जंतु-प्रवेश और उनके साथ होनेवाली पेशियों की प्रतिक्रिया के कारण शरीर में कोढ़ के लक्षण पैदा होते हैं। कोढ़ पैदा करनेवाले सूक्ष्म जंतु * को 'कुष्ठ यष्टि जंतु' अथवा लौकिक भाषा में 'हनसेन के यष्टि जंतु' (लेप्रा वसिलस) कहते हैं। वह अतिसौम्य विष वाला होता है। वह मानव-शरीर में घुस सकता है, और घटक के सारे पेशी जालो (टिश्यू) में पसर सकता है। पर इसकी वजह से ख्याल में आनेलायक कोई भी लक्षण एकवारगी पैदा नहीं होता। ससर्ग अप्रकट अथवा ध्यान में न आनेलायक हालत में बहुत वर्षों तक रहता है। भयकर अवस्था में पहुँचे हुए कोढी तक में समझ में आनेलायक लक्षण कम ही मिलते हैं। समाज में तो साधारणतः वह निरोगी माना जाता है। पर वह अपने सहवास में आनेवालों में लगातार रोग फैलाता रहता है। इस प्रकार रोगससर्गी मनुष्य में भी बाहरी लक्षण सहजमहज नहीं दिखाई देते। समर्ग लगने के बाद अनेक वर्षों तक तो समर्ग लगनेवाले को पता तक नहीं चलता। इस दुहरे कारण की वजह से ससर्ग कब और कैसे लगा और किस ससर्ग-द्वार से, यह तय करना अशक्य-सा होता है।

*) (सूक्ष्मजंतु) (वैक्टरिया) एकपेशीमय होते हैं और बहुत जल्दी बिखर जाते हैं। इनके चार उपभेद हैं—(१) गोलजंतु, (२) यष्टिजंतु, (३) सूत्रजंतु और (४) सर्पिलजंतु। ये अपने नाम के अनुसार गोल, वारीक तिनके की तरह के, सूत की तरह के और साँप की आकृति के होते हैं। इसके फिर रोगोत्पादक और अरोगोत्पादक भेद हैं। (कुष्ठजंतु यष्टिजंतु वर्ग के होते हैं। हनसेन ने १८७१ में इसकी खोज की थी।)

रोग की अप्रकट अथवा विलकुल आरम्भिक अवस्था जानने में उपयोगी साधन सामान्यतः होनेवाले प्रयोग, जतुसर्वर्धन (क्लचर) और रक्तजल (सीरम) के द्वारा प्राप्त होते हैं। पर कोढ़ में वह भी काम में नहीं आते। क्योंकि कुष्ठजतुओं का मनुष्य-शरीर के बाहर आज भी कृत्रिम रीति से सर्वर्धन नहीं होपाया। प्रयोग करनेयोग्य प्राणियों के शरीर में लस घुसाकर यह रोग पैदा नहीं किया जासका। प्रकट बाहरी लक्षणों से अथवा सूक्ष्म जतुशास्त्र (बैक्टिरियालाजी) की सहायता से जब रोग का निदान (रोग-परीक्षा) नहीं होपाता, तब रक्तजल के द्वारा परीक्षा करके रोग-निर्णय किया जाता है। पर कोढ़ के लिए ऐसी कोई रक्तजल विषयक परीक्षा भी अबतक आविष्कृत नहीं हुई।

रोग अथवा जल्म के कारण शरीर के पेशीजाल (टिश्यू) में जो रचनात्मक परिवर्तन होता है उसे रुग्णक (लीजन) कहते हैं। उपदश और दूसरे रोगों में ससर्ग लगे हुए स्थान में ही पहला मुख्य रुग्णक पैदा होता है। कोढ़ में रोग-ससर्ग-स्थान में ही पहला चकत्ता पैदा होने के प्रमाण मिलते हैं। पर साधारणतः अधिक उदाहरणों में ससर्ग के सारे शरीर में फैल जाने पर उसके परिणामस्वरूप पहला चकत्ता उठता है। यह प्रायः पहले फोड़ा हुए या जरमी हुए स्थान पर ही उठता है।

उपर्युक्त कारणों से निश्चित समर्ग-द्वारा बतलाना मुश्किल है। तथापि विकुपित अवस्था (प्रगत) के रोगी के सहवास में आनेवाले के श्लेष्मल त्वचा के (म्यूक्स मेम्ब्रेन) व्रण (घाव) अथवा खरोच लगे हुए हिस्से से कुष्ठजतु शरीर में घुसते हैं, यह मानने के लिए भरपूर प्रमाण मौजूद है। छोटे बच्चों के नाक कुचरने, कटु रोग अथवा कृमिदश से परेशान होकर शरीर खुजलाने, शरीर पर के सादे या पीप वाले, घाव वर्गों से ससर्ग पहुँचाने के विलकुल आसान मार्ग हैं।

कोढी के उपयोग में आनेवाले जलाशय में स्नान-पान करने से रोग पैदा होने का पक्का प्रमाण अभी नहीं मिला है। कृमिदश से रोग फैलने के बारे में भी कोई माननेवाला आधार नहीं है। पर यह जान पड़ता है कि बहुत बार कुष्ठजंतु को इधर से उधर करने में कृमि से मदद मिलती है। कोढी के रक्त से पुष्ट हुई मक्खिया, खटमल और जू के अंगो पर कुष्ठजंतु मिले हैं। कोढी के विछौने पर सोने से या उसके कपडों का व्यवहार करने से रोग लगने के उदाहरण दिये गये हैं। कोढी की चटाई पर नंगे पाव चलने से अथवा उसके खाली किये हुए घर में रहने से रोग लग जाने के उदाहरण हैं। इससे यह मानने की ओर प्रवृत्ति है कि मनुष्य-शरीर छोड़ने के कुछ समय बाद तक ये जंतु जिंदा रहते हैं। रोगी शरीर के बाहर उसके जीवित रहने की शक्ति नाममात्र की ही होती है।

प्रत्यक्ष सघटनात्मक स्पर्श के कारण ससर्ग फैलता है, यह सिद्ध करनेवाले भरपूर और सबल प्रमाण मौजूद हैं। स्पर्श जितना निकटस्थ और दीर्घकालीन और रोगी जितना अधिक सासर्गिक और ससृष्ट, जितना अशक्त अथवा नाजुक उम्र का होता है, रोग लगने की संभावना उतनी ही ज्यादा रहती है।

रोगियों के दो प्रकार—सांसर्गिक और असांसर्गिक

कोढियों में सभी रोगी ससर्ग फैलानेलायक हालत को पहुँचे हुए नहीं होते। साधारणतः माना तो यह जाता है कि होंगे तो वे सासर्गिक ही, नहीं तो रोगी ही न होंगे। कुछ सासर्गिक होते हैं कुछ असासर्गिक, कुछ आज असासर्गिक होने पर भी आगे चलकर सासर्गिक होजाते हैं, कुछ आज सासर्गिक हैं पर आगे फिर उनके असासर्गिक होने की संभावना है। ये बातें साधारण लोगों की मुश्किल से समझ में आने-वाली होने पर भी जरूरी है। इसके कारण रोग का स्वरूप समझने

और रोगी से व्यवहार करने में सुविधा होती है ।

कोढियो में से थोड़े (एक-चीयाई) रोगी ही सासर्गिक होते हैं । इधर हिंदुस्तान में जो जाचें हुई हैं उनसे पता चलता है कि (१० रोगियों में १ अतिसासर्गिक, १ साधारण सासर्गिक और ७-८ असासर्गिक हालत वाले होते हैं) । त्वचा अथवा नाक की श्लेष्मल त्वचा की सूक्ष्मदर्शक यंत्र द्वारा योग्य रीति से फिर-फिर निश्चित अवधि पर अनेक बार परीक्षा करने पर कुष्ठ-जंतु न पाये जायें तो रोगी असासर्गिक समझा जाता है । इसकी यह सर्वमान्य कसौटी है । रोगी सामर्गिक है या असासर्गिक, यह सिर्फ देखने से अथवा बाहरी परीक्षा से हमेशा तय नहीं किया जा सकता । इसके लिए सूक्ष्मदर्शकयंत्र (माइक्रोस्कोप) की जरूरत पड़ती है ।

कोढ़ के मुख्य दो प्रकार हैं । उनमें कालकुष्ठ (लेप्रोमटस्) प्रकार के रोगी हमेशा रोग फैलानेवाले होते हैं । ऐसे रोगी की बाहरी त्वचा (एपिडर्मिस) की खरोची हुई क्षिल्ली पर कुष्ठ-जंतुओं का दल-का-दल बहुत बार पाया जाता है । नेटों और थूक में, लार में, विशेषतः रोगी के छीकने, खासने अथवा जोर से सास लेते हुए बाहर निकलनेवाले खखार वर्गैरा में जंतु कसकर भरे रहते हैं । कुष्ठ-प्रतिक्रिया (लेप्रो-रीएक्शन) होने पर नाक में की और चमड़ी पर की गांठें फूटकर बहने लगने की अधिक संभावना रहती है । ऐसे स्त्राव में जंतु खूब ही होते हैं और ससर्ग-छूत-लगने का भारी भय रहता है ।

रोगप्रतिकार-क्षमता (रेजिस्टेंस)

रोग लगेगा या नहीं अथवा लगेगा तो कितना लगेगा, यह तय करने का दूसरा महत्वपूर्ण साधन है । ससर्ग लगेहुए (ससृष्ट) मनुष्य की रोगप्रतिकार-शक्ति । बच्चों की प्रतिकार-शक्ति विशेष करके जन्म

के बाद कुछ वर्षों तक बहुत कम होती है। छोटे बच्चों में जितनी जल्दी-जल्दी और जिस उग्र रूप में ससर्ग लगता है, उससे यह बात भलीभांति सिद्ध होती है। लेप्रालिन परीक्षा से भी यह बात प्रकट होती है। सहचारी रोग, हीन पोषण और आरोग्य के प्रतिकूल रहन-सहन के कारण प्रतिकार-शक्ति क्षीण होती है। वैसे ही जवानी (प्यूवर्टी), गर्भ-धारण और दूध पिलाने के दिनों (लक्टेशन) में भी शरीर पर पड़नेवाले जोर की वजह से भी प्रतिकार-शक्ति में कमी होती है। आरोग्य का प्रतिकूल वातावरण और रहन-सहन से बहुत निकट का संबंध है। उसी तरह भिन्न जाति अथवा वर्ग के रक्त-संघर्ष का भी नजदीकी ताल्लुक होता है। आगे १७वें प्रकरण में इसका अधिक विचार किया गया है।

ससर्ग की शक्याशक्यता

कोड के मासगिक होने पर भी उसका ससर्ग सौम्य प्रकार का होता है। बहुतेरे रोगी असासगिक होते हैं। थोड़े स्पर्शसंचारी होते हैं। उनसे भी थोड़े नसर्गसंचारी होते हैं। समर्ग ऊपरी और हल्का-सा हुआ तो कुछ उपाय किये बिना ही उत्तम आरोग्य के कारण उसके अपनेआप जाने की संभावना रहती है। ससर्ग साधारणतः बहुत समय तक अप्रकट स्थिति में रहता है, बढ़ने लगने पर भी धीरे-धीरे यथावकाश बढ़ता है। लक्षण भी एकदम बहुत कुछ प्रकट नहीं होते। इसीलिए कोड को जीर्ण (क्रानिक) और गुप्त संचारी (इसिडियस) रोग कहा जाता है। वह ज्यो-त्यों रोगी की बलि भी नहीं लेता। (नानफेटल)

एक खाम उग्र और हालत में रोग लगने का डर ज्यादा रहता है। उत्तम प्रतिकार-क्षमता होने पर बाहरी प्रभावक ससर्ग होने की संभावना कम रहती है। कोढ़ी की सतान को अलवत्ता दूसरों की

अपेक्षा ससर्ग लगने का डर ज्यादा रहता है ।

प्रत्यक्ष सघटनात्मक और दीर्घकालीन मसर्ग हुए विना साधारणतः ज्यो-त्यो रोग नहीं लगता । विशेषतः शरीर कहीं से कटा, खुर्चा, खुला हुआ घाव और गीली त्वचा होने पर मसर्ग शीघ्र लगता है । मामूली तौर से बराबर कुछ दिनों का मसर्ग हो और वह भी बहुत निकट का, तब रोग लगता है ।

पर विशेष परिस्थिति में वह हर किमीको होसकता है । मनुष्य-जाति का इस रोग सरीखा दुश्मन घायद ही कोई और होगा । इसलिए सदा इससे सावधान रहना चाहिए । कोढ़ का ससर्ग न होने देने के लिए टीका लेने का उपाय नकली जैसा है । अतः सासर्गिक रोगी से अलग रहना चाहिए और स्वास्थ्य अच्छा रखना चाहिए । तभी ससर्ग टलने की अधिक सभावना है ।

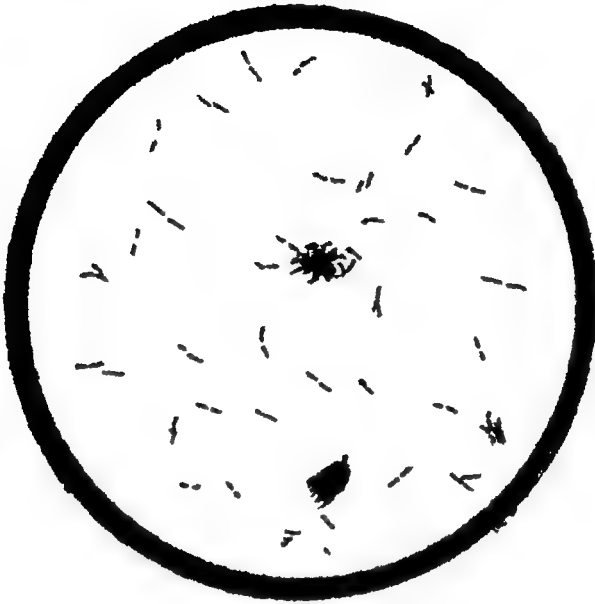
छठवां प्रकरण

कुष्ठ-जंतु

कुष्ठजंतु अथवा हनसेन के यष्टिजंतु २ से ८ माइक्रोन * लम्बाई और ०.५ से १ माइक्रोन मोटाई के होते हैं । इसके पेशीद्रव (प्रोटोप्लाज्म) में रंग धारण करनेवाले कण होते हैं । ये कण कभी अनेक और बहुत छोटे होते हैं । कभी एक ही बड़ा कण होता है । वह बीच

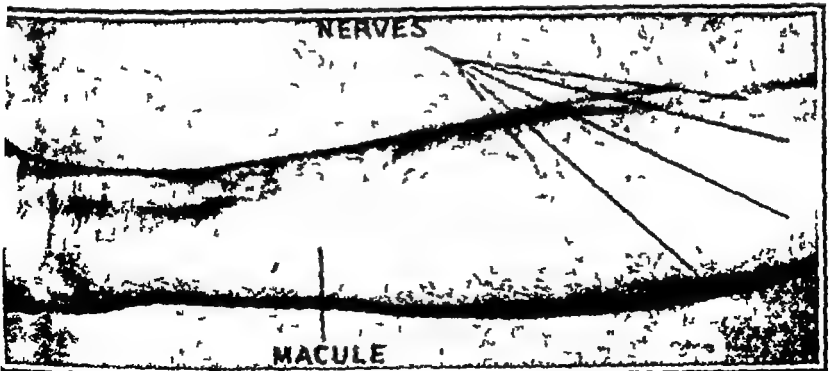
* सूक्ष्मदर्शक यंत्र के काम में आनेवाला एक सूक्ष्मातिसूक्ष्म माप । मीटर का दस लाखवा भाग अथवा इंच का २५००० वां भाग ।
✓ इसका निशान है ।

चित्र १



कुष्ठजनु (मृदमदर्शकातुन) ।

चित्र २

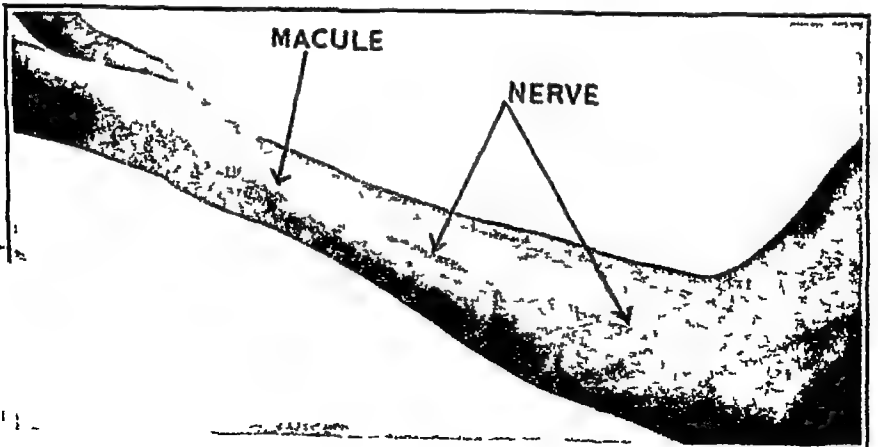


चट्टा व त्याशीं सवद्व घट्ट मजातंतु ।

चित्र ३



महारोगाची स्पर्शजन्यता, वडील भावानें ५ भावांस रोगी केलें ।



चित्र ४

में या सिरे पर होता है। कालकुष्ठ के रुग्णको में अनेक जंतु मिलते हैं। सौम्यकुष्ठ (न्यूरले लेप्रमी) में बहुत ही कम और बड़ी खोज के बाद मिलते हैं। कोढ़ के दोनो प्रकारों में भारी भिन्नता के कारण इस जंतु के दो उपभेद होने के बारे में कुछ ने मत प्रकट किया है। पर वह ठीक नहीं है। कारण फिर मसर्ग न होकर सौम्य कुष्ठ ही कालकुष्ठ रूप धारण करता है। परिवर्तन जो होता है वह जंतु में नहीं होता। जंतु और पेशीजाल (टिश्यू) की पारस्परिक प्रतिक्रिया की समतुलनता में होता है। कालकुष्ठीय रुग्णक में कुष्ठजंतु काफी पाये जाते हैं। कुष्ठविकृत सूजी हुई पेशी में जमा होकर रहने की ओर उनका विशेष झुकाव होता है। क्षयजंतु और कुष्ठजंतु को अलगाने में यह विगिष्ट लक्षण उपयोगी होता है। ये दोनो जंतु दिखने में और रंग-धारण-गुण (स्टेनिंग रिएक्शन) में समान होते हैं। सूक्ष्मदर्शक के एक क्षेत्र में (फील्ड) क्षय-जंतुओं की अपेक्षा कुष्ठजंतुओं की संख्या अधिक होती है। वे पुंज-के-पुंज एक जगह जमा रहते हैं। क्षयजंतु के मुकाबले में कुष्ठजंतु कम टेढ़े—अधिक सरल दिखाई देते हैं। साधारणतः क्षयजंतु फुफ्फुस में पाये जाते हैं। कुष्ठजंतु त्वचा, श्लेष्मल त्वचा और मज्जातंतु (नर्व) में पाये जाते हैं। इन भेदों के कारण इन दोनो जंतुओं को अलग-अलग पहचाना जाता है। असली निर्णायक कसौटी के लिए गिनीपिग (सफेद चूहे जैसे जीव) के शरीर में जंतु को प्रत्यक्ष इजेक्ट करते—धुसाते हैं। क्षयजंतु उसके शरीर में बढ़ते हैं और रोग पैदा करते हैं। वैसे कुष्ठजंतु नहीं बढ़ते। झील नीलमन की रीति से रगने पर कुष्ठजंतु क्षयजंतु की अपेक्षा कुछ कम अम्लस्थिर (एमिड फास्ट) पाया जाता है। कुष्ठजंतु-संवर्धन (कल्चर) का प्रयोग अभी सशोधन-अवस्था में है। प्रयोग करनेयोग्य प्राणियों के शरीर में कुष्ठ संचार करके

रोग का विकास करने की कोशिश में भी कामयाबी नहीं हुई है।

कुछ कार्यकर्त्ताओं ने यह मत प्रकट किया है कि कुष्ठजतु और मूषक-कुष्ठजतु (दसिलस लेप्रा म्यूरिस) एक ही हैं। पर यह सही नहीं है। (कोढ़ सरीखा एक रोग चूहों को भी होता है। एक प्रकार की भैंस में भी ऐसा ही रोग मिलता है। उन्हें मूषककुष्ठ और महिषकुष्ठ कहना चाहिए। परंतु इन रोगों का मानव कुष्ठ से कोई ताल्लुक नहीं है।) चूहों के शरीर में मानव कुष्ठ के जतु प्रवेश कराने से रोग पैदा नहीं होता। पर मूषक-कुष्ठ जतु घुसाने से सौ में सौ चूहों को होता है। ये ये दोनों जतु एक नहीं हैं, तथापि कुछ बातों में समता है। आकार और रंग-धारण-गुण दोनों में एकसा ही हैं। दोनों के ही वारे में व्यवस्थित जतु-सवर्धन अथवा बाअसर टीका (इनाक्यूलेशन) अभी तक तैयार नहीं होपाया है।

यह विचारने की बात है कि मनुष्य के क्षयरोग की जड़ निचली श्रेणी के जीवों के उसी प्रकार के रोग से है। पर मानव-कुष्ठ-जतु की जड़ कहाँ है आई ? या किसी ऐसे प्राणी से उसकी जड़ निकली थी जो आज खत्म होगया है ? यह खोज का विषय है।

सातवां प्रकरण

कुष्ठरोग की शुरुआत

कुष्ठ-जतु का स्वरूप और शरीर में प्रवेश करने की उसकी रीति-ममझ लेने के बाद वह वहाँ अप्रकट स्थिति में कितने समय तक रहता है, रोग का प्रथम उद्भव कैसे होता है, जतु शरीर में किस-किस अवयव में रुग्णक पैदा करता है, इन बातों का विचार करना आवश्यक होजाता है।

अप्रकट अवस्था का समय (लेटट पीरियड)

नसर्ग-प्रवेश होने के बाद से प्रत्यक्ष रोग-लक्षण प्रकट होनेतक में बहुतना समय चला जाता है। पर उसकी अवधि निश्चित नहीं होती। इस समय को रोग-बीज-पोषण-काल (इन्क्यूबेशन पीरियड) कहने की अपेक्षा अप्रकट अवस्था का काल कहना अधिक शास्त्रसम्मत होगा। छ हफ्ते के बच्चे के सारे शरीर पर रुग्णक देखने में आये हैं। चार और सात महीने के बच्चे के शरीर पर भी चकत्ते पाये जाने के सबूत हैं। दूसरी ओर कुछ रोगियों में रोग-सर्ग के बाद बीस साल तक कोई भी लक्षण सामने नहीं आये। एक रोगी के शरीर पर सिर्फ एक छोटा-सा चकत्ता बाईस साल तक उतना-का-उतना बड़ा बना रहा। यह समय सर्ग के प्रमाण और सर्ग लगे हुए की प्रतिकार-क्षमता पर निर्भर रहता है। वह कभी तो कुछ महीनों का, तो कभी कुछ वर्षों का होता है। आम तौर से तो तीन वर्षों के आसपास होता है।

प्रथम उद्भव (आनसेट)

माधारणत देखा जाता है कि कोढ़ की पहली शुरुआत बिलकुल धीर गति से क्रम-क्रम से होती है। बिलकुल पहले दिखाई देनेवाले लक्षण दो तरह के होते हैं। (१) त्वचा पर एक-दो छोटे-से चकत्ते दिखाई देते हैं। उनमें संवेदना (सेन्सेशन) का परिवर्तन कभी होता है, कभी नहीं। (२) पीठ के हिस्से के मज्जातलुओं में खराबी पैदा होती है। हाथ-पाँव में अथवा चकत्तो पर चुनचुनाहट होती है, झुनझुनी उठती है या जड़ता अथवा शून्यता जान पड़ती है। ये लक्षण बहुधा स्थानबद्ध स्थान विशेष पर होते हैं। ऐसे स्थानों पर पहले का कोई घाव या चोट होने की बात भी साधारणत पाई जाती है।

नयापि कभी-कभी ग्रीध्र परिणामकारी आकस्मिक स्वरूप की शुरु-

आत होती है। तब सारे रुग्णक उमड़ आते हैं। इस परिस्थिति में वे सब थोड़े ही समय में फूट जाते हैं। उनमें उपर्युक्त दोनों प्रकार के लक्षण अविक मात्रा में पाये जाते हैं। कभी गांठें भी निकल आती हैं।

रुग्णकों का शरीर में विभाग

कोढ़ सारे शरीर का रोग है। खासकर त्वचा, कुछ श्लेष्मल त्वचा और पृष्ठभाग के मज्जाततु (पेरिफीरल नर्व) में इसकी वजह से खराबी आती है। विकुपित अवस्था में करीब-करीब सभी अवयव (आर्गन) और पेशीजाल (टिश्यु) कुष्ठविकृत हुए रहते हैं।

इसमें उल्लेखनीय अपवाद मध्यवर्ती मज्जासंस्था (सेट्रल नर्व सिस्टम) होती है। वह शायद ही विकृत हुई मिलती है। मज्जा-रज्जू (स्पीनल कॉर्ड) की कडी में जो खराबी पैदा होती है वह सौम्यकुष्ठ के कारण होनेवाले पृष्ठीय मज्जाततु के दाह का (न्यूराइटिस) अप्रत्यक्ष परिणाम होता है।

कुष्ठ-संसर्ग के कारण स्नायुओं (मसल्) में प्रत्यक्ष विकृति नहीं होती है। सलग्न मज्जाततु के कारण उसमें अप्रत्यक्ष पोषणविषयक (ट्राफिक) खराबी होती है।

हृदय भी प्रत्यक्ष रूप से विकृत नहीं होता। कुष्ठ-ज्वर अथवा मिश्र संसर्ग के कारण फैलनेवाले जहर से उसमें विकलता पैदा होती है।

लघु रक्तवाहिनी-रक्तधमनिया (ब्लड वेसल) विशेषतः कुष्ठ-विकृत भाग की सूक्ष्म शाखा बहुत विकृत हुई होती है।

विकुपित दशा में पहुँचे हुए रोगी में थोड़े प्रमाण में फुफ्फुस (लग्ज) में संसर्ग पहुँचता है।

अन्नमार्ग (गस्ट्रो इन्टेस्टिनल ट्रैक्ट) और मूत्रमार्ग (यूरिनरी ट्रैक्ट) जहातक जाना गया है सुरक्षित दिखाई देते हैं। विषजन्य रक्तदोष

के कारण (टाग्लिमिया) उत्पन्न होनेवाली अप्रत्यक्ष विकलताभर होती है।

श्वच्छेदन (पोम्टमार्टम) में यकृत (लीवर), प्लीहा—तिल्ली (स्प्लीन) हमेशा कुष्ठग्रस्त पाये जाते हैं। बड़े हुए रोग में उसके प्रकट चिन्हों में एक चिन्ह उसका आकार बड़ा हुआ भी पाया जाता है। विगेषत कुष्ठ-प्रतिग्रिया (लेप्रारिएक्शन) में यह बखूबी देखने में आता है। पर इस परिवर्तन का प्रकट रोग-लक्षण की दृष्टि से (क्लिनिकली) बहुत उपयोग नहीं होता। मिश्र मसर्ग में पोषणविषयक खराबी भी पैदा हुई पाई जाती है।

कालकुष्ठ में वीर्यपिंड या वृषण (टेस्टीज) थोड़े-बहुत प्रमाण में विकृत होते हैं। वह विकार दोनों गोलियों के मध्यभाग में और साथ ही उनके अंदरूनी हिस्से में भी होता है। अखीर-अखीर में तो यह अवयव श्वेततत्तु (फायब्रस) का पेशीजाल ही बन जाता है।

कालकुष्ठ के सब रोगियों में और सौम्यकुष्ठ के कुछ रोगियों में रसग्रथि (लिफ नोड्स) कुष्ठ-विकृत होती हैं। आकार में फर्क न पड़कर भी ग्रथि की मोटाई बढ जाती है। इस ग्रथि की छीलन (सेक्शन) लेने से भीतरी गामा और अस्थिमज्जारज्जु (मेज्युलरी कार्ड) पीली-सी दिखाई देती है। क्षय रोग में वह ऐसी नहीं पाई जाती। इससे कुष्ठ रोग की आसानी से परख होजाती है। पर बहुत बार दोनों रोग एक ही साथ होने की संभावना होती है। कोढ़ की जाच करने में इस फूली हुई रसग्रथि के छीलन की या सूई घुसाकर खींचे हुए द्रव्य की परीक्षा करना उपयोगी होता है। कुष्ठ-सर्ग त्वचा के रसस्थान (लिफ स्पेसेस) से रसवाहिनियों द्वारा ग्रथि तक ऊपर पसरता है। यह ग्रथि छनने अथवा फिल्टर का काम करती है। उसमें रोग फैलना बढ होजाता है, अथवा रुकावट तो हो ही जाती है।

आठवां प्रकरण

त्वचा के रूग्णों का स्वरूप-लक्षण

पहले कह चुके हैं कि कोढ़ सारे शरीर में होनेवाला रोग है। उससे प्रत्यक्ष—बाहरी—अथवा अप्रत्यक्ष—भीतरी—सभी अवयवों और पेशीजाल में खराबी आती है। फिर भी उसके ससर्ग में प्रकट-लक्षण-दृष्टि से (क्लिनिकली) अथवा सूक्ष्म शरीरशास्त्र-दृष्टि से (हिस्टालोजिकली) परीक्षा करने योग्य परिवर्तन खासकर त्वचा, श्लेष्मल त्वचा और पृष्ठीय मज्जातनु में उत्पन्न होता है। कोढ़ की सौम्य अथवा मज्जातनु सबधी कुष्ठ और कालकुष्ठ ये दो किस्में हैं। इनमें खास तौर से मज्जातनु और त्वचा में क्रम से आगे-पीछे विकार पैदा होता है। तथापि बहुतेरे रूग्णों में दोनों में ही ससर्ग पहुँचा हुआ होता है। कोढ़ के हमेशा मिलनेवाले नमूनेदार (टिपिकल) उदाहरणों में त्वचा और मज्जातनु एकसाथ ही विकृत हुए पाये जाते हैं। अतः त्वचा और मज्जातनु एक गुट मानकर अभ्यास करने में आसानी रहेगी। पहले त्वचा के रूग्णों के स्वरूप-लक्षणों का विचार किया जाता है।

त्वचा की रचना

त्वचा में कोढ़ का ससर्ग फैलने की रीति को स्पष्ट बतलाने के लिए त्वचा की रचना के कुछ अंगों का वर्णन पहले करना उपयोगी होगा।

त्वचा शरीर पर का बाहरी आवरण—परदा है। बाहरी त्वचा (एपिडर्मिस) और भीतरी त्वचा (डर्मिस) उसके ये दो हिस्से हैं। इनमें बाह्य त्वचा बाहरी परदा होने से मोटी और कड़ी होती है, वह पेशी की अनेक तहों से बनी हुई होती है। उनमें से ऊपर की तह की पेशी चपटे और सींग सरीखे कड़े पदार्थ की बनी हुई होती है। वह छीजकर

धीरे-धीरे गल जाती है। उसकी जगह नीचे की तह की नई पेशियों से पूरी होती है। ऊपर की तह रवेदार और अधिक साफ होती है। नीचे की तह को मल्पीगियन * तह कहते हैं। बाहरी त्वचा में मज्जातनु अथवा रक्तवाहिनिया (ब्लड वेसल्स) नहीं होतीं। उसकी पेशियों का पोषण निचले हिस्से की रक्तवाहिनियों से झरनेवाले रस (लिफ) से होता है। इस त्वचा से भीतरी भाग की रक्षा होती है। इसका भीतरी त्वचा की ओर का हिस्सा सर्प की आकृति में मुड़ा होता है और उसके बिल्कुल नीचे की तह में एक तरह का काले-से रंग का द्रव्य होता है। वह झरनेवाले रस के कारण वहाँसे बहा जाया जाता है। उसकी कमो-वेशी पर आदमी का गोरा या कालापन निर्भर रहता है। वाह्य त्वचा के पृष्ठभाग की चपटी पेशी पर नीचे की भीतरी त्वचा में की रोग-विकृति का खासा परिणाम होसकता है।

भीतरी त्वचा अथवा असली त्वचा बाहरी त्वचा की भीतरी ओर होती है। उसमें सफेद और लचीला पेशीजाल, केशवाहिनी (ब्लड कपिलरीज), रसवाहिनी (लिम्फ्याटिक) मज्जातनु, धर्मपिंड, स्नेहपिंड (सेवशियम ग्लैंड), रोमों की जड़ें और कुछ स्नायुतनु इत्यादि होते हैं। बाहरी त्वचा के नीचे के सर्पमोड के हिस्से की तरह ही भीतरी त्वचा का भी ऊपरी भाग सर्पमोड आकार का ही होता है। इसमें के उठे हुए हिस्से में केशवाहिनिया और स्पर्शज्ञान करानेवाले मज्जातनुओं के सिरे होते हैं। कुछ हिस्से में इस मज्जातनु के सिरे पर फुलावट जान पड़ती है। उनके द्वारा स्पर्शज्ञान होता है, इससे उसे स्पर्शगोलक (टच कार्प्युन्कल) कहते हैं। त्वचा के निचले हिस्से में चरबी की तह

* इटाली में मार्सेलो मल्पीगी नाम के शरीरशास्त्रवेत्ता ने इसकी खोज की थी, इसलिए उस तरह का यह नाम मिल गया है।

होती है। वह शरीर की गर्मी को बाहर नहीं जाने देती।

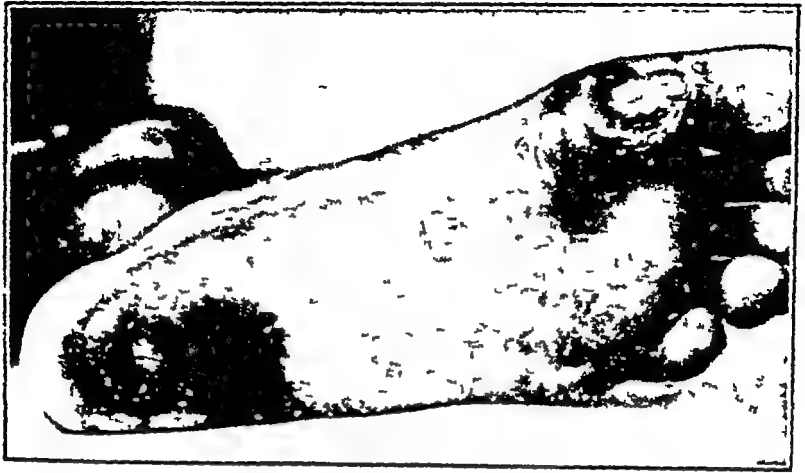
घर्मपिंड (स्वेट ग्लैंड) त्वचा के निचले हिस्से में होते हैं। प्रत्येक पिंड सूक्ष्म रक्तवाहिनियों से घिरा हुआ एक प्रकार का शिराओं का मल ही होता है। उससे निकलनेवाली घर्मनलिका (स्वेट डक्ट) ऊपर जाकर त्वचा के पृष्ठभाग पर खुलती है। चमड़ी के पृष्ठभाग पर हमें जो अनेक छिद्र दिखलाई देते हैं वे इस घर्मनलिका के मुह हैं। भीतरी त्वचा में ऊपर को जाते यह घर्मनलिका सीधी होती है। पर बाहरी त्वचा में से ऊपर को जाते वह सर्पमोड जैसी होती है।

रोये सींग सरीखे कड़े पदार्थ से बने हुए हैं। बाहरी त्वचा से उनकी उत्पत्ति होती है। बाहरी त्वचा की एक खाच (फलिकल) भीतरी त्वचा तक गई हुई है। उसके नीचे जो रोमों का बूद सरीखा मोटा हिस्सा होता है उसे रोममूल कहते हैं। उस रोममूल के नीचे के हिस्से से सूक्ष्म रक्तवाहिनियाँ और मज्जातनु जुड़े हुए होते हैं। जड़ से रोमों तक एक सूक्ष्म स्नायु का संयोग भी रहता है। ठडक या भय की वजह से उसके सिकुड़ने पर रोयें खड़े होजाते हैं। जड़ से निकलकर रोमों का जो काला भाग चमड़ी के बाहर निकलता है, उसे गोड कहते हैं।

स्नेहपिंड (सेवशियस ग्लैंड) — यह सूक्ष्म ग्रंथी रोमों के बगल में होती है। उसमें से तेल सरीखा सीवम नामक एक पदार्थ निकलकर त्वचा पर फैलता है। उससे रोएँ और त्वचा चिकने और मुलायम रहते हैं।

भीतरी त्वचा में शुद्ध और अशुद्ध रक्तवाहिनियों और मज्जातनुओं से बने हुए खास दो जाल (प्लेक्शस्) फैले हुए होते हैं। इसमें एक भीतरी त्वचा और उसके नीचे के पेशीजाल में होता है। इसे त्वचा के नीचे का जाल कहते हैं। दूसरा आंतरिक त्वचा और बाह्य त्वचा

चित्र ५



पायाचे वेधक त्रण ।

चित्र ६



घट्ट मज्जाततु व अमृख-त्रण ।

चित्र ७



५ व्या व ७ व्या शीर्षीय मज्जातनूचा लकवा,
चलनचलन क्रियेत विघाड ।

के बीच के सर्पकृति भाग के नीचे होता है। इसे त्वचा के बीच का या ऊर्ध्व (उपरला) जाल कहते हैं। भीतरी त्वचा के नीचे की शिराओं और मज्जाततु में से निकली हुई शाखा से नीचे का जाल बना हुआ होता है। इससे सूक्ष्म उपशाखा निकलकर रोममूल धर्मपिंड और स्नेहपिंड को घेरकर त्वचा में के ऊपर के जाल तक पहुँची हुई है। इस ऊर्ध्वजाल से फिर अधिक सूक्ष्म उपशाखा निकलकर सर्पकृति भाग तक गई हुई है।

त्वचा और मज्जाततु में के ससर्ग का प्रसार

जब कुष्ठममर्ग त्वचा में पहुँचता है तब या तो रक्त में के रोग-जंतुओं को खा डालनेवाले श्वेतभक्षक गोलको (फ्यागोसिट) द्वारा नष्ट होजाता है अथवा फिर वह शिराओं और मज्जाततु के जाल के मार्ग से पसरने लगता है। कुष्ठज्वर अथवा तात्कालिक जोरदार पेगी की प्रतिक्रिया गुरु होने की वजह से रक्तपेगी रुग्णको पर हमला करके भक्षक गोलको के द्वारा कुष्ठजंतुओं का नाश करती है। हमेशा की साधारण परिस्थिति में त्वचा और मज्जाततु में की कुछ पेशिया कुष्ठ-जंतुओं का प्रतिकार करती हैं। कुष्ठजंतुओं का नाश करने में भाग बटानेवाली इस पेगी का 'माइक्रोफेज' नाम रक्खा गया है। वह वाहिनियों से सटे हुए सामने के पेशीजाल में होती है इसलिए उसे परिवाहिनी पेगी कहते हैं।

त्वचा में प्रवेश किये हुए कुष्ठजंतुओं की वृद्धि पेगी के अदर और एक पेगी से दूसरी के बीच के रससम्यान (लिफ स्पेसेस) में होती है। ससर्ग की वृद्धि का परिमाण और उसका शरीर में प्रसार पेगी की प्रतिक्रिया के परिमाण पर निर्भर रहता है। और यह पेगी की प्रतिक्रिया रोगी की प्रतिकारक्षमता पर अवलंबित रहती है। प्रतिकार-

शक्ति के अत्यंत क्षीण रहने पर जाल के मार्ग से ससर्ग तीव्रता से फैलता रहता है। बहुत दूर ऊपर के बिल्कुल पृष्ठभाग की परत में ससर्ग मर्यादित रहता है। तथापि साधारणतः कम-ज्यादा मीयाद के बाद ससर्ग रोममूल और धर्मपिंड के सामने की वाहिनियों और मज्जा-तंतुओं के द्वारा फैलकर नीचे के जाल में प्रवेश करता है। वहां उसके खूब बढ़ने की संभावना रहती है। वहांसे फिर उसका ससर्ग दूसरी शाखाओं के द्वारा ऊपर के जाल में फिर घुस सकता है अथवा उसी अवधि में नीचे के जाल के मवेदनावाहक मज्जातंतु के द्वारा अंदर फैल सकता है। इस प्रकार प्रत्यक्ष त्वचा से पृष्ठीय मज्जातंतु के विकृत होने की संभावना रहती है।

कुष्ठजंतुओं पर त्वचा की पेशी की प्रतिक्रिया

भिन्न-भिन्न जालों और उनकी शाखा-उपशाखाओं में से ससर्ग बढ़ते-बढ़ते वाहिनियों के सामने की पेशी कुष्ठजंतुओं के साथ भिड़ने लगती है—प्रतिक्रिया करने लगती है। यह प्रतिक्रिया तीन तरह की होती है। (१) स्वतः विभक्त होकर पेशी की संख्या बढ़ाना, (२) माइक्रोफेज पेशी का जंतु को निगल लेना, वा (३) अनुकूल परिस्थिति में जंतुओं का नष्ट होना। प्रतिक्रिया का तीव्र या मन्द होना विशिष्ट स्थान में प्रत्यक्ष मौजूद कुष्ठजंतुओं की संख्या और पेशी की प्रतिकार-क्षमता या इन दोनों के परिमाण पर निर्भर है। इसके कारण जंतु-प्रविष्ट जाल और वाहिनियों के चारों ओर माइक्रोफेज पेशी के कारण उत्पन्न होनेवाला अन्तःसेक (इन्फिल्ट्रेसन) इकट्ठा होता है। यह अन्तःसेक कमोवेश ढीला या गाढ़ा होता है। यह वहांके जंतुओं की संख्या और पेशी की प्रतिक्रिया-शक्ति पर अवलंबित होता है। इस पेशी की बाढ़ और उत्पन्न होनेवाले अन्तःसेक के कारण रुग्णक पैदा होते हैं।

जान पड़ता है माइक्रोफेज की कुष्ठजतुओं के साथ होनेवाली प्रतिक्रिया कुछ अंशों में सान्निध्य पर अवलम्बित है। इससे मध्यम प्रतिकार के उदाहरणों में मज्जाततुओं में के जतुओं के बजाय त्वचा के जतुओं का नाश होता है। मज्जाततुओं में जब जतु रहते हैं तब पेशी-की भक्षण-भारण क्रिया से मानो मज्जा-रेखा के कारण उनका संरक्षण हो-जाता है। क्षीण प्रतिकार के उदाहरण में—कालकुष्ठ प्रकार में—त्वचा और मज्जाततु इन दोनों में भरपूर संसर्ग पसरा रहता है। त्वचा में पेशी का अतः सेक भरपूर रहता है। सिर्फ मज्जाततु में विलकुल कम रहता है।

सौम्य कुष्ठ के चकत्तों में त्वचा में कणसघ गाढ़ा बना हुआ रहता है। उस दशा में एकाध जतु मिले तो मिले, नहीं विलकुल नहीं मिलते। पर उससे जुड़े हुए मज्जाततुओं में कणमघमय अतः सेक तो होता है, पर तुलनात्मक दृष्टि से कुष्ठजतु बड़ी तादाद में पाये जा-सकते हैं और वे भी बाहिनी में दूर मधि-भाग में होते हैं। इसलिए त्वचा की अपेक्षा मज्जाततुओं में के कुष्ठजतुओं को नष्ट करने में अधिक जोरदार प्रतिक्रिया-शक्ति की जरूरत होती है। मध्यम प्रतिकार के उदाहरण में त्वचा के जतुओं का नाश हुआ रहता है। परंतु पृष्ठीय में मज्जाततुओं में वे सिर्फ दबे-से रहते हैं। यदि किन्हीं कारणों से प्रतिकार-शक्ति किसी समय कम होगई तो वे मज्जाततुओं में से त्वचा में फिर प्रवेश करने लगते हैं, यह संभव है। प्रायः यह देखा गया है कि उस समय जो चकत्ते अच्छे-से होगये थे उनमें फिर रोग-वृद्धि के लक्षण दिखाई देने लगे।

प्रतिकार-शक्ति में चढ़ाव-उतार

प्रतिकार-शक्ति की कमी-बेशी के अनुसार रूग्णको के प्रकट और सूक्ष्म शरीर-स्वरूप में अंतर होता है, यह ऊपर कह आये हैं। प्रतिकार-

शक्ति में का चढाव-उतार भी रुग्णको के स्वरूप निश्चित करने का एक महत्त्व का साधन है। प्रतिकारशक्ति के इस चढाव-उतार के कारणों का आगे सत्रहवें प्रकरण में विचार किया जायगा।

यदि प्रतिकारशक्ति किसी वक्त कम हुई तो जतु बढने लगते हैं, त्वचा और मज्जाततु दोनों में पसरते हैं। वक्त से अगर प्रतिकार-शक्ति फिर पहले की भाँति होगई तो एकत्र कुष्ठजतुओं में पेशी का तीव्र प्रतिकार शुरू होजाता है। इन्हे 'आरोग्य-स्थापन' (रिकवरी) की प्रतिक्रिया कहा जासकता है। मौम्य कुष्ठ के रोगी जब सहचारी रोग में से सुधार की ओर अग्रसर होने लगते हैं अथवा क्षीणता लानेवाले कारण खत्म होजाते हैं तो ऐमा अक्सर होता है। उस समय त्वचा के और मज्जाततुओं के बाहरी लक्षण विलकुल साफ दिखाई देते हैं।

यदि क्षीणता के कारण बहुत तीव्र या देर तक टिकाऊ हुए, तो प्रतिकारशक्ति हमेशा के लिए क्षीण होने का भय रहता है। फिर आरोग्य मुधरने पर रोग को रोकनेवाली पेशी की प्रतिक्रिया पूरी जोरदार न होने की सम्भावना रहती है। अथवा प्रतिक्रिया के कारण रोग की मकरता अथवा घालमेल होजाती है और फिर प्रतिकार-शक्ति गिर जाती है।

कभी-कभी त्वचा की प्रतिकार-शक्ति इस दर्जे की होती है कि बाहरी लक्षणों से समझ में आनेयोग्य त्वचा के रुग्णको का होना टल जाता है। परंतु सवेदनावाहक मज्जाततुओं में से जतुओं का ऊपर फैलकर आरालिक (अलर) सरीखे मिश्र मज्जाततुओं में जाना नहीं सकता। इस प्रकार मुख्य मज्जाततु कुष्ठविकृत होजाने से गाढ़ापन या कोमलता अर्थात् स्पर्शतासहत्व (टेंडरनेस) आता है। उसकी वजह से पैदा होनेवाला पोषण, हलचल और सवेदना सबही (ट्राफिक,

मोटर, सेसरी) लक्षण दिखाई देने लगते हैं। ऐसे शुद्ध अथवा केवल मज्जातनु-कुष्ठ के उदाहरण कम ही होते हैं। जब मज्जातनु विकृत होते हैं, तब साधारणतः उनसे व्याप्त भाग में त्वचा के रुग्णक होते हैं। अथवा पहले रुग्णक होकर बदली हुई शकल में चकत्ते वगैरा आखिरी लक्षण रहते हैं।

स्वयमुक्तता

यह बात खूब ध्यान में रखनी चाहिए कि क्षय की भांति कोढ़ भी अत्यल्प (स्लाइट) रोग होसकता है। समर्ग पहुँच जाने पर भी वह निष्फल अथवा अनुत्पादक भी रह सकता है। यत्किंचित रुग्णक हुए भी तो बिना इलाज के अपनेआप ही अच्छे होसकते हैं। इसके दृढ़ प्रमाण हैं कि रोगग्रस्त प्रदेशों में बहुतेरे उदाहरणों में स्वयमुक्ता होती हैं। इस प्रकार अपनेआप दुरुस्ती होना यह रोगी के सर्वसामान्य आरोग्य में वक्त से अच्छा सुधार होने पर निर्भर रहता है।

कोढ़ की अतिप्रगत अवस्था में भी स्वयमुक्तता बहुत बार आ जाती है। कुपित अवस्था में पहुँचे हुए रोगियों में फिर समर्ग क्रमशः कम होता जाता है। रोगी फिर लौटकर सौम्य कुष्ठ में पहुँचता है। पूर्वरोग के शेष चिन्हों के रूप में चेहरे और हाथ-पैरों पर कुरूपता और व्यगता बाकी रहती है। ऐसे को रोग जलकर मुक्त हुए (वर्न्ट आउट) रोगी कहते हैं। ऐसे उदाहरणों में जतु क्यों और कैसे नष्ट होते हैं, इसका अभी तक ठीक फैसला नहीं होपाया है।

नवां प्रकरण

मज्जातंतु के रुग्णकों का स्वरूप-लक्षण

मज्जातंतु में नसर्ग कैसे फैलता है, इनकी स्पष्ट कल्पना के लिए पहले मज्जातंतु की रचना और उसके कार्य की कुछ जानकारी होने की जरूरत है ।

मज्जातंतु की रचना और कार्य

शरीर में अनेक इद्रिय-मस्थाएँ हैं । वे अपना-अपना काम करती रहती हैं । परंतु उन सबके कामों को सकलित और व्यवस्थित रूप से चलाने के लिए उनपर अधिकार रखनेवाली एक इद्रिय-मस्था है, जिसे मज्जा-मस्था (नर्वस सिस्टम) कहते हैं ।

जिम प्रकार हरेक इद्रिया असरय पेशियों में बनी हुई है वैसे ही सारी मज्जा-मस्था मज्जाकणों (न्यूरान) में बनी हुई है । प्रत्येक मज्जाकण के मज्जापेशी और मज्जारेखा (फायवर) नाम के दो हिस्से होते हैं । मज्जापेशी पेशीद्रव की अनियमित आकार की एक सूक्ष्म गोली ही होती है । उसके मध्य में केंद्र-भाग होता है और बगल में अनेक सूक्ष्मकण होते हैं । मज्जापेशी में अनेक शिखातंतु (डेंड्रस) निकलते हैं । इसके कारण पास-पास के मज्जाकण एक-दूसरे में जोड़े जाते हैं और एक की बात या सदेश दूसरे को सहज में समझ में आता है । इसमें एक ही शाखा लम्बी होती है । उसे मुख्यतंतु (अक्षन) कहते हैं । मज्जापेशी से बाहर निकलने पर इसपर एक तरह का परदा पड़ जाता है । इस आवरण-सहित को मुख्य तंतु की मज्जा-रेखा कहते हैं । शरीर में जो अनेक मज्जातंतु हमें दिखाई देते हैं उनमें से प्रत्येक मज्जातंतु उपर्युक्त वर्णन के अनुसार सूक्ष्म

मज्जा-रेखा का एक सयुक्त पदार्थ ही है। ये सब तत्त्व मज्जा-पेशी से ही निकले हुए होते हैं। सयोगी पेशी-जाल से वे एक-दूसरे से गुथे हुए होते हैं।

विजली डाइनमो में तैयार होती है। तार सिर्फ उसके वाहक है। वैसे ही मज्जापेशी में प्रेरणा पैदा होती है और मज्जातत्त्व उसके वाहकमात्र है। प्रेरणा उत्पन्न करना, दूसरी ओर से आई हुई प्रेरणा को स्वीकारना और स्वीकार की हुई प्रेरणा को दूसरी ओर भेजना ये तीन काम मज्जापेशी करती है। प्रेरणा मज्जातत्त्व में अपनेआप पैदा नहीं हो सकती। जो मज्जातत्त्व शरीर के भिन्न-भिन्न भाग की प्रेरणा को मस्तिष्क की ओर अथवा मज्जारज्जू (स्पायनल कॉर्ड) के पास पहुँचाकर वहाँ संवेदना उत्पन्न करते हैं, उन्हें संवेदनावहक (अफरट सेंसरी) मज्जातत्त्व कहते हैं। मस्तिष्क या मज्जारज्जू की ओर से आनेवाला संदेश या आज्ञा शरीर के भिन्न-भिन्न भागों के पास जिन मज्जातत्त्वों के द्वारा पहुँचाई जाती है उन्हें 'आज्ञावाहक' (इफरट) मज्जातत्त्व कहते हैं। इन दूसरे मज्जातत्त्वों के तीन प्रकार हैं। (१) स्नायु की ओर जानेवाले मज्जातत्त्व। इनकी सहायता से स्नायु का आकुंचन होता है। इन्हें 'गतिवाहक' (मोटर) मज्जातत्त्व कहते हैं। (२) भिन्न-भिन्न ग्रंथियों की ओर जानेवाले मज्जातत्त्व। इनकी सहायता से ग्रंथियों में स्राव उत्पन्न होता है। इसे 'रसविमोचक' (सिक्रेटरी) मज्जातत्त्व कहते हैं। (३) रक्त के बहाव का नियंत्रण करनेवाले मज्जातत्त्व। इनके सयोग से रक्तवाहिनी की दीवारों के स्नायुओं का संकोचन और प्रसारण होता है। किसी हिस्से को रक्त कम या ज्यादा पहुँचाने की जरूरत हुई तो वह काम इनके द्वारा होता है। इन्हें 'धमनीवाहक' (वाइसो मोटर) मज्जातत्त्व कहते हैं। बहुत जगह संवेदनावहक और आज्ञावाहक दोनों प्रकार के तत्त्व एक ही

ससर्ग के त्वचा के नीचे के जाल में रोओ की जड़ के चारों ओर त्वचा के सर्पाकृति भाग में और उसकी नीचे की तह में प्रवेग करने पर नया सूक्ष्म कणसघ (ग्रन्थुलोमा) तैयार होता है, और बाहर से दिखाई देने लायक फुसियों का समूह का समूह, पहले के चकत्ते की मीमा के बाहर को उभग हुआ दिखाई देता है मानो यह रोग के लिए नया प्रदेश तलागनेवाले चर हो। इस कारण उनका 'पुरोगामीपीठिका' (पायनीयर पप्युल्स) नाम पड़ गया है। त्वचा के नीचे के मज्जाततुओं में कुष्ठजतुओं का जो एक प्रकार का जमाव रहता है, उसमें से फिर त्वचा में ससर्ग जा सकता है। उसकी वजह में गुरु के चकत्ते में दोबारा ससर्ग पहुँचता है, अथवा पड़ोस की नई त्वचा कुष्ठ-विकृत होती है। रोगी की प्रतिकार-शक्ति के बीच की बीमारी के कारण अथवा तात्कालिक अशक्ति के कारण क्षीण होने पर अक्सर ऐसा होता है।

सूक्ष्मग्रथिल (ट्यूबरक्युलाइड) प्रकार के चकत्तों का छीलन (सेक्शन) अथवा विलेप (स्मीअर) लेकर जाचने पर जतु नहीं मिलेंगे। मिले भी तो कभी एकाव मिल जा सकते हैं। तथापि उस चकत्ते में कितने ही महीने अथवा साल तक जागृति अथवा क्रियाशीलता (ऐक्टिविटी) के लक्षण मिलते हैं। उसका प्रकार या आकार करीब-करीब उतना ही रहता है। ऐसे चकत्तों के हठिलेपने की ठीक उपपत्ति उपर्युक्त स्पष्टीकरण से होती है। जलती वत्ती जैसे धीरे-धीरे आगे सरकाते जाने से एकसा जलती रहती है, वैसे ही पूरक मज्जाततुओं के सग्रह में से निरतर अथवा बीच-बीच में द्वारा मसर्ग होते रहने से ये चकत्ते निरतर क्रियाशील रहते हैं। ऐसे उदाहरण में कुष्ठजतु मज्जाततुओं में से ज्यो-ज्यो त्वचा में पहुँचते जाते हैं त्यो-त्यो नष्ट होते जाते हैं। इस वजह से वहाँ मद क्षोभयुक्त प्रतिक्रिया जारी रहती है।

ही होता है। क्षीण प्रतिकार के उदाहरण में उस हिसाब से नहीं होता।

यहा एक प्रश्न यह पूछा जायगा कि ऐसे प्रतिकारक्षम उदाहरण में जतु मुख्य स्तंभ तक मज्जातनुओं में से ऊपर जाते ही कैसे हैं ? पृष्ठभाग के पास के मज्जातनुओं में रहते हुए पेशी की निगलने और मारने की क्रिया से उनकी रक्षा कैसे हो जाती है ? यह नहीं है कि प्रतिकार-शक्ति हमेशा एक-सी ही रहती हो। अलग-अलग व्यक्तियों में वह भिन्न-भिन्न होती है, उसी प्रकार एक ही व्यक्ति में भी परिस्थिति-भेद से कम-ज्यादा होती रहती है। प्रतिकारशक्ति जहा क्षीण हुई कि जतु फैलने लगते हैं, और जोरदार हुई कि पेशी की प्रतिक्रिया शुरू हो जाती है। प्रतिकार-शक्ति के गिरने पर जतुओं को दूर तक फैलने का मौका मिलता है।

मज्जातनुओं में से ऊपर जाते हुए घाव या रुकावट की जगह पर जमा होने की जतुओं की प्रवृत्ति रहती है। जहा गांवाए मिलती है अथवा मज्जातनु स्नायु के, श्वेततनु पेशीजाल के, अथवा हड्डी के बक्र भाग की ओर झुकते हैं, अथवा सकड़े छिद्रों में से जाते हैं वहा रुकावट की अधिक संभावना रहती है। पृष्ठीय मज्जातनु जब हड्डी से सटे रहते हैं तब उनके रुग्ण होने का ज्यादा खटका रहता है। जब क्षीण प्रतिकार-शक्ति अच्छी तरह सुधर जाती है तब ऐसे जतु जहा एकत्रित रहते हैं वही मज्जातनु विशेष मल्ट हो जाते हैं। कारण फुटकर एकाव जतुओं की अपेक्षा जतुओं के समूह के कारण पेशी की प्रतिक्रिया ज्यादा जोर में शुरू होती है। इसी वजह से केहुनी के पास मुड़ते हुए आरत्निक (अलनर), घुटने की गुल्फास्थि (फिब्यूला) के पाम से मुड़ते हुए पेरोनियल और कान के पास के स्नायु की तरफ से मुड़ते हुए बड़ा वाह्यकर्णाय (ग्रेट आरिक्लर) मज्जातनु यह बहुत

मल्ट हो जाता है । मज्जाततुओ के रुग्णको में यही तीन विलकुल हमेशा होते हैं ।

मज्जाततुओं के रुग्णकों का स्वरूप

त्वचा में और मज्जाततुओ में कुष्ठिका (लेप्रोमा) की शकल विलकुल एक-सा होती है । क्षीण प्रतिकार के उदाहरण में विशेषता यह होती है कि कुष्ठ-पेशी (लेप्रा सेल) पाई जाती है । यह बीच में फूली हुई तथा पोली होती है और फेन सरीखी दिखाई देती है । इसलिए कुछ लोग उसे फेन-पेशी (फोमी सेल) भी कहते हैं । उसके भीतर निगले हुए कुष्ठ-जंतु होते हैं । विलकुल किनारे की ओर सूक्ष्म गोल पेशी (राउंड सेल) होती है । अच्छे प्रतिकारक्षम उदाहरण में कुष्ठ पेशी के बजाय 'उपलेपक पेशी' (एपिथेलाइड सेल) पाई जाती है । जंतु विलकुल कम होते हैं । त्वचा के रुग्णको में 'दीर्घकाय' (ज्याट्) पेशिया प्रायः भरपूर होती है ।

त्वचा की अपेक्षा मज्जाततुओ में पनीर सरीखा चिकटा पदार्थ बनाने की क्रिया अर्थात् पनीरीभवन (केसीएशन) ज्यादा होता है । बहुत बार इस क्रिया के बढ़ जाने पर अमुखव्रण (अव्सेस) भी उत्पन्न होजाते हैं । मज्जाततुओ के बैठन अथवा खोल (एपिन्थूरियम) प्रायः सल्ट होगई होती है । कई बार तो वह बहुत ही सल्ट होती है । जंतुओ पर जो पेगीय प्रतिक्रिया होती है उसकी वजह से ऐसा होता है । उसके कारण चारो ओर के पेशीजालो में ससर्ग के फैलने में रुकावट पडती है । प्रतिकारक्षम उदाहरणो में कुष्ठजंतु मज्जाततुओ में बढ हुए से रहते हैं । उनके बाहर आने की शक्यता मज्जाततु के आवरण अथवा त्वचा में होती है । पर वह बढ-सी रहती है । मज्जाततुओ में जंतु टिके रह सकते हैं और बढ भी सकते हैं । इतना ही नहीं, पूर्व कथनानुसार उनके जीने और बढने के लिए मज्जाततु ही अधिक अनुकूल स्थान है ।

मज्जाततुओं में का अमुखव्रण

कुष्ठ-विकृत मज्जाततुओं में पनीर मरीखा चिकटा पदार्थ बनने के बाद कुपित उदाहरणों में अमुखव्रण भी बन जाते हैं। क्षय रोग में रस-ग्रथि में ऐसी ही जो क्रिया होती है उसमें इनका बहुत साम्य है। ऊपर फैलते हुए कुष्ठजतु रकावट होने की वजह से जहां इकट्ठे होते हैं उस जगह इस क्रिया के होने की बहुत संभावना रहती है। कभी सिर्फ पनीरीभवन होता है, कभी यह चिकटा पदार्थ तो बनता ही है पर बीच में द्रवरूप होता है। कभी श्वेतततुमय वेठन में केवल द्रव्य पदार्थ ही रहता है। यह अमुखव्रण मज्जाततु के ठीक बीच में रहता है, और मज्जाततु बेलन जैसा दिखाई पड़ता है। कभी यह हिम्सा किनारे की ओर सरक कर मज्जाततु के एक हिस्से में थैली की तरह जुड़ा रहता है। भीतरी मवादी हिस्से का मज्जारेखा पर जितना अधिक भार रहता है उतने ही मज्जाततु के लक्षण मवाद भाग में अधिक होते हैं। बहुरा ये फोड़े फूटते हैं और भीतरी द्रव्य निचुड़ जाता है। पर साधारण नियमानुसार तो बहुतकाल तक वह वेठन में बन्द रहता है। भीतरी पीपवाले भाग के भार और उससे होनेवाले लक्षणों के प्रमाण में उसके निचुड़ जाने पर रोगी को आराम जान पड़ता है।

यह अमुखव्रण शीघ्रपरिणामी अथवा विलंबी-जीर्ण रूप का होता है। एक भी होता है और अनेक भी, कभी इसकी एक पाती-की-पाती ही होती है। सूक्ष्म शाखा से लेकर आरत्निक सरीखे बड़े, मिश्र, सब प्रकार के मज्जाततुओं में वह होता है। आरत्निक, पृष्ठभाग के पास के प्रकोष्ठीय, वाह्यकर्णिय अथवा सूरल मज्जाततुओं में वह बहुतायत से पाया जाता है। अमुखव्रण की परीक्षा में कुष्ठजतु कतई नहीं पाये जाते। मवाद

वाले हिस्से में एकाग्र या गुच्छा-का-गुच्छा मिलने की सम्भावना अधिक रहती है। बैठन में अथवा पास की मज्जारेल्ला में उन हिसाब से कम मिलने की बात रहती है। ऐसे मौकों पर मवादवाले हिस्से में बढ़ हो-जाने के कारण निगलने और मारने की क्षमतावाली पेशी (माइक्रोफेज) से उनकी रक्षा होती होगी।

मज्जाततु का आकुचन

कुष्ठजतुओं पर पेशी की प्रतिक्रिया होते हुए मज्जाततुओं के बैठन का खूब सम्बन्ध होना सम्भव है। इसकी वजह से वह मजबूत और न झुकने वाला बन जाता है। ऐसे बैठन में जब तीव्र दाहजन्य क्रिया शुरू होती है और उनके कारण रक्त जमकर (कंजेस्टन) नृजन आती है तब मज्जारेल्ला पर खूब भार पड़ता है। उसकी चालू क्रिया में रकावट पड़ती है। भार दीर्घकालीन और बहुत अधिक हुआ तो वह नष्ट भी होजाता है। कठिन रक्ष में जाने के न्याय पर मज्जाततुओं का आकुचन नो अधिक दुःसह होने की सम्भावना रहती है। कोने के हिस्से की ओर झुकते हुए श्वेततनु (फायब्रस) पेशीजाल में आरम्भिक (अल्तर) हड्डी से ढका जाता है। पेरॉनियल का भी गुल्फाम्बि के पास में जाते हुए यही हाल होता है। मज्जाततुओं के एक दम मूज जाने पर श्वेततनुओं के आकुचित हुए वधन अगर वक्त में काट न दिये गये तो हिलना, डुलना, पोषण और मवेदना में हमेशा के लिए विकृति पैदा हो जाती है या व्यग्रता आजाती है।

उसी प्रकार चेहरे के मज्जाततुओं के मूजने पर छिद्र में से जाते हुए ढके जाने की सम्भावना रहती है। उन समय चेहरे के एक ओर पूरा लकवा—पक्षघात (परिलिमिस) हो जाता है। सौम्यकुष्ठ के प्रतिकार-क्षम उदाहरण में जब चेहरे पर विस्तृत रुग्णक रहते हैं तब वहा आघा

लकवा (पेरीसिस) होना बराबर होनेवाली चीज है। उसकी वजह से चेहरा पुतले की तरह भावशून्य (मास्क लाइक अपियरेस) होजाता है। इस प्रकार के रोग का वह एक विशेष लक्षण ही है। चेहरे की त्वचा में शून्यता आने की वजह से उसके नीचे के भाव व्यक्त करनेवाले स्नायु क्रिया करने में अशत असमर्थ हो जाते हैं। आँखों की पपनिया और मुँह खोलने बन्द करनेवाले स्नायुओं का भी यही हाल हो जाता है। प्रगत रोगी बहुत बार मजबूरन होठ नहीं बन्द कर पाते और बराबर लार गिरती रहती है। चेहरे के मज्जातत्तुओं में रुग्णक होने पर ऐसा होता दिखाई नहीं देता। ऊपर की स्पर्शशून्यता के कारण नीचे के स्नायुओं की कायम की आरोग्यस्थिति न रह जाने पर यह संभव है। उसी प्रकार ऊर्ध्वाक्षिकोपीय (सुप्रा आर्बिटल) मज्जातत्तु हड्डी के छेद में से अक्षिकोष में जाते हुए जब बहक जाता है तब कपाल के एक हिस्से में बधिरता आती है। उसी के साथ कपाल में ऊपर को जाने वाले स्नायु के (आक्सिपिटो फ्रान्टलिस) उसी अंग को आधा लकवा भी होजाता है।

दसवां प्रकरण

कोढ़ के प्रकार

प्रकट-रोग-लक्षण की दृष्टि से कोढ़ के मुख्य दो प्रकार हैं। (१) मज्जातात्वीय (न्यूरल) अथवा सौम्यकुष्ठ और (२) कालकुष्ठ (लेप्रो-मटस्)। सन् १९३८ में काहरा (इजिप्ट) में इन्टरनेशनल लेप्रसी कांग्रेस (आंतर्राष्ट्रीय कुष्ठ कांग्रेस) ने इन मुख्य दो प्रकारों की व्याख्या नीचे लिखे अनुसार स्वीकार की थी

के कालकुष्ठ के रुग्णको में आरम्भ में वह खराबी नहीं होती है। सिर्फ आगे चलकर होती है। सौम्यकुष्ठ से कालकुष्ठ में बदले हुए रुग्णको में वह प्रायः पाई जाती है।

मज्जातात्वीय अथवा सौम्य कुष्ठप्रकार

मज्जातात्वीय रुग्णको के (१) मडलीय (मॅक्युलर) और (२) स्पर्शशून्य (अनेस्थेटिक) ऐसे उपप्रकार हैं। मडलीय उपप्रकार में त्वचा और मज्जातत्तु इन दोनों के लक्षण होते हैं, त्वचा पर चक्ते नहीं होते। मडलीय उपप्रकार के मादे मडलीय (सिपल मॅक्युलर) और सूक्ष्मग्रन्थिल (ट्यूवरक्युलाइड मॅक्युलर) भेद है। मडलीय प्रकार के ही रुग्णक ज्यादा होते हैं। मादे मडलीय में चक्ते माधारणतः मपाट होते हैं। सूक्ष्म ग्रन्थिल में मोटे, ऊपर उठे हुए, रवेदार और छूने में खुरदरे होते हैं। उनकी मोटाई और रवेदारपन के प्रमाण के हिसाब से सूक्ष्म ग्रन्थिल के प्रधान और गौण दो सूक्ष्म उपभेद किये जाते हैं। नीचे इन सब मडलीय उपप्रकारों का एक साथ ही विचार करेंगे।

(१) मडलीय स्थानीय

मज्जातात्वीय अथवा सौम्यकुष्ठ के इस मडलीय उपप्रकार में त्वचा पर गोल लववर्तुलाकार अथवा बिना किमी खास आकार के बल्कि खासकर सिरे की ओर मडल अथवा चक्ते होने हैं। उनमें निम्नलिखित एक अथवा कई परिवर्तन होते हैं —

१-वर्णहानि (फीकापन होना)

२-पृष्ठभाग की भवेदनाशक्ति में ह्रास

३-रुग्णक के मज्जातत्तु-परिवार का सख्त हो जाना

४-मोटाई और लाली, खासकर किनारे के हिस्से पर। कुछ व्रण होने की ओर झुकाव।

५-पसीना निकलने में खराबी होने से पैदा होनेवाली खुष्की, वालों की बाढ़ रुकना इत्यादि ।

वर्णहानि सामान्य रूप में अशत होती है, पूर्णतः नहीं । रूग्णको के कुछ हिस्से में अधिक तो कुछ में कम होती है । कभी लाली के कारण तो कभी मासदाहक (कास्टिक) पदार्थ लगाने से कलझाये हुए मोटे दागों की वजह से फीकापन टक जाता है ।

पृष्ठभाग की सवेदनाशक्ति के ह्रास में भी ऐसी ही कमी-बेशी होती है । चेहरे पर के रूग्णको में तो वह नाममात्र को होती है । घड पर के (ट्रंक) रूग्णको में उसकी अपेक्षा अधिक और हाथ-पाव के रूग्णको में सबसे ज्यादा होती है । सारी सवेदनाशक्ति में भी एक-सी विकृति नहीं होनी । माधारणतः शीतोष्णसवेदना पहले विकृत होती है । इसके बाद सुख-दुःख-सवेदना और अतः में स्पर्श-ज्ञान का खोना होता है । इस सवेदनात्मक अंतर के साथ बहुत बार विकार के कारण बढ़ा हुआ अति तीक्ष्ण स्पर्शज्ञान (हायपरस्थेशिया), हाथ पावों पर चुनचुनाहट, लहर उठना, आघात करने पर झनझनाहट अथवा पीड़ा होना इत्यादि जिन्हें रोगी खुद समझ सकता है (स्वयमवेद्य) फरक-भी होता रहता है ।

रूग्णको से सवधित पृष्ठीय मज्जातत्त्वों की सस्ती का जाच द्वारा समझ में आना आसान नहीं है । बहुत बार मज्जातत्त्व खूब सस्त होते हैं । विशेषतः रूग्णको के मोटे होने पर मज्जातत्त्वों की सस्ती सहज में मालूम हो जाती है । पृष्ठीय मज्जातत्त्व से सवध रखनेवाले शरीर-विभाग का पूरा ज्ञान प्राप्त करके ठीक जाच करने से मज्जातत्त्वों की सस्ती ध्यान में आ सकती है । यह सस्ती ऐसे मज्जातत्त्वों की उपशाखा से लेकर मुख्य स्तम्भ तक पसरी हुई पाई जाती है । स्तम्भ भी बहुत बार सस्त होता है ।

क्रियाशील रुग्णको से मोटाई और लाली साधारणतः पाई जाती है। उसका परिमाण भी कमोवेश रहता है। जो चकत्ते मोटे हो गये हैं उनमें यह ज्यादा दिखाई पड़ती है। कभी यह मोटाई और लाली थोड़ी-सी और सिर्फ कित्नाते की ओर ही होती है, कभी दोनों ही विलकुल साफ-साफ होती हैं और रुग्णक के सारे-के-सारे बाहरी हिस्से को घेरे रहती हैं। कभी-कभी उसकी बहुत ज्यादाती रहती है और सारे हिस्से में व्याप्त रहती है। उसकी वजह से बाहरी त्वचा की बारीक पपड़ी निकलती है। कभी प्रत्यक्ष व्रण उत्पन्न होकर भी पीड़ा होती है। शरीर के चकत्ते मोटे और सुखी लिये होते हैं या उससे विपरीत भी होते हैं। ऐसे घन लाल और मोटे चकत्तो की सूक्ष्म शरीर-शास्त्र की दृष्टि से की हुई जाच के आधार पर बहुत बार उसे 'सूक्ष्म ग्रथिल' सज्ञा दी जाती है।

ये ऊपर बताये हुए मडल शरीर के किसी भी हिस्से पर हो सकते हैं। वे व्यास में $\frac{1}{2}$ इंच जितने छोटे और १ फुट या इससे भी अधिक बड़े तक हो सकते हैं। कभी एक ही व्रण होता है, तो कभी छोटे-छोटे सैंकड़ों की तादाद में होते हैं। यह छोटे-छोटे सैंकड़ों व्रण मोटे हुए तो उनका गठियल (नाइयुलर) कोढ़ से साम्य रहता है।

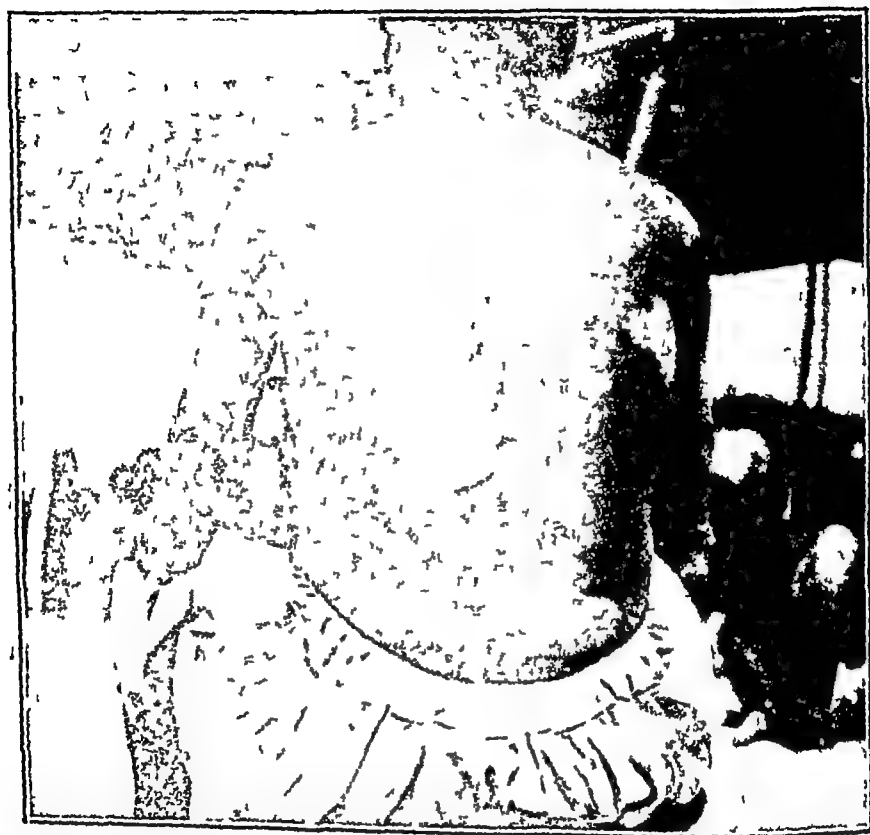
क्रियाशील रुग्णक वर्तुलाकार बढ़ते जाते हैं और एक दूसरे में घुसकर परस्पर गुथ जाते हैं। वे कभी-कभी कई महीनों, वर्षों अथवा सदैव सुन्न (अक्रियाशील) दशा में रहते हैं।

(२) स्पर्शशून्य उपप्रकार

विना व्रणों का सिर्फ मज्जातत्वीय कुष्ठ का यह उपप्रकार है। यह पृष्ठीय मज्जातत्त्व के कुष्ठविकृत होने से पैदा होता है। रुग्णकों का मज्जातत्त्वों में का ससर्ग मुख्य स्तम्भ तक फैलते जाने से यह प्रकार हो जाता है। बहुत बार त्वचा अथवा पृष्ठीय मज्जातत्त्व के प्रत्यक्ष विकृत न



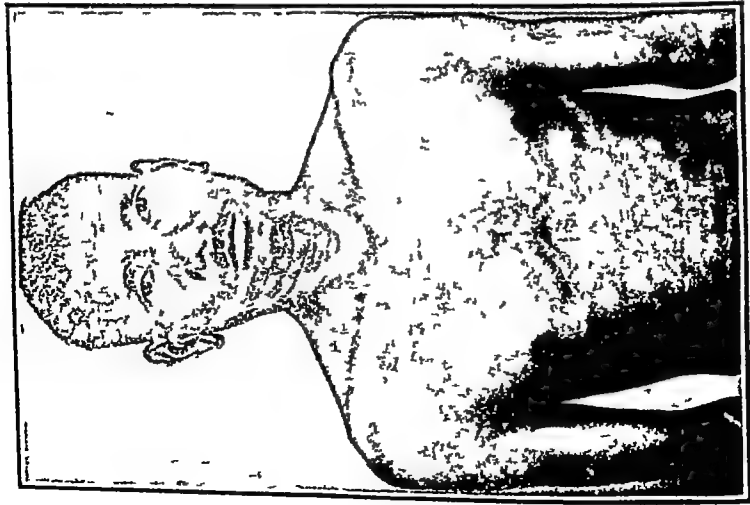
मजातान्त्रीय (सौम्य) कुष्ठ. म, प्रकार।



मज्जातांवीय (सौम्य) कुष्ठ, म२ प्रकार ।



प्रगत मज्जातांत्वीय कुष्ठ, म_३ प्रकार, पञ्चाकृति हात,



कालकुष्ठ — क० प्रकार ।



कालकुष्ठ क३ प्रकार, गांठयाल कुष्ठ

मिलने पर भी वैसा हो जाता है। विकृत हुए एक या अनेक मज्जातंतुओं में कुछ लक्षण दिखाई देने लगते हैं। उन्हें नीचे लिखे अनुसार रखा जा सकता है—

१—मूष्णभाग की संवेदना शक्ति का विगाड। इसका आरंभ मूष्ण-भाग से होता है और विकृत अवयव के अन्दर बढ़कर वह उसमें व्याप्त होने लगता है।

२—विकृत भाग में पसीना आने की क्रिया में त्रुटि। उसकी वजह से सुखी आती है। रुमी या त्वाल छुटती है।

३—विकृत मज्जातंतुओं में पोषित स्नायु में क्षीणता आने से क्रिया शक्ति का अगत वा पूर्णतः लोप और उसके कारण पैदा होनेवाली विकृति।

४—पोषण विषयक विकृति—हाथ-पाव की हड्डियाँ चिनकही हों जाती हैं अथवा पूर्णतः सूख जाती हैं। वेधक ग्रन्थ (परफोरेटिंग अल्सर) होते हैं। उनमें हड्डी सड़ जाने की वजह से अस्थि-कोष (नेक्रासिस) हो जाता है। वह खींचकर बाहर निकाला जा सकता है। इस खराबी से पैदा होनेवाले दूसरे अप्रत्यक्ष परिणाम भी होते हैं।

साधारणतः नित्य के विकृत होनेवाले मज्जातंतु आरलिक, पेरोनियल और बृहत् वाह्यकर्णाय होते हैं। घुटने के ऊपर की ओर के आरलिक मज्जातंतुओं की विकृति स्पष्ट रूप से पहचानी जाती है। उसकी वजह से कानी अगुली, अगूठे के पोरुए और हाथ और प्रकोष्ठ (फोर आर्म) के आरलिक द्वारा व्याप्त भाग में स्पर्शशून्यता आती है। फिर हाथ के सूक्ष्म स्नायुओं को लकवा होता है; और वह पक्षियों के पंजे के आकार-सरीखा 'पंजाकृति' (क्ला हैंड) हो जाता है। पेरोनियल मज्जातंतु घुटने की गुल्फास्थि (फिब्रूला) की ओर क्षुब्ध है वहाँ साधारणतः विकृति

आ जाती है। उसकी वजह में पैर का पीछे का हिस्सा और पैर की नली का आगे का हिस्सा स्पर्शशून्य हो जाता है। पेरोनियल स्नायु की हलचल की शक्ति क्षीण होजाती है। पैरो में एक प्रकार की विकृति आ जाने से चाल भचककर पड़ने लगती है। पैर की नली के पीछे के हिस्से की ओर नीचे उतरकर फिल्ली तक जानेवाली पीछे की जघास्थिगामी (ट्रिवियल) मज्जातनु फिल्ली के भीतर और बाहर की ओर विकृत होते हैं। उसकी वजह से पाव की नली मुन्न हो जाती है। बाहरी त्वचा विकृत और खूब मोटी हो जाती है। पाव के तलुए पर वेबक व्रण उत्पन्न हो जाते हैं।

विकृत हुए मज्जातनु माधारणत मोटे और कितनी ही बार तो बहुत मोटे हो जाते हैं। आरत्निक और पेरोनियल दशा में यह विशेषरूप से होता है। कभी-कभी मज्जातनुओं की विकृति के कारण उसमें बिना मुह का फोड़ा अमुखव्रण हो जाता है। इसका पहले उल्लेख होचुका है।

प्रकोष्ठीय (रेडियल) मध्यगत (दंड और प्रकोष्ठ की मध्यरेखा को जानेवाला, मीडियन) और मस्तिष्क से निकलनेवाले पाचवे और सातवें, शीर्षीय (क्रेनियल) मज्जातनु भी मोटे होनेवालों में से हैं। प्रकोष्ठीय और मध्यगत मज्जातनु के विकृत होने से हाथ में शून्यता आती है। पोषणविषयक खराबी पैदा होती है।

मस्तिष्क से निकलनेवाले ५ वें और ७ वें मज्जातनु के कुष्ठ-विकृत होने से आँखों के पारदर्शी पटल (कार्निआ) को स्पर्शशून्यता घर लेती है। चेहरे और अक्षिकोप (आर्बिट) के स्नायु की संचालन शक्ति लुप्त हो जाती है, नेत्रपटल बाहर की ओर निकल आते हैं और नेत्रावरण—पलकें (कजन्किटन्हा) खुली और असुरक्षित रहती हैं। आँखें बंद नहीं हो पाती। इससे आँखों में कोई चीज पड़ने पर पता नहीं चलता—उसके स्पर्श नहीं मालूम होता है। इससे हानि होने का बड़ा डर रहता है। बहुत

बार नेत्रावरण की जलन (कजविटविटिम) पैदा हो जाती है अथवा पटल पर व्रण हो जाते हैं ।

स्पर्शशून्य सौम्यकुष्ठ जब जोर पकड़ जाना है तो 'ऐने रोगी के पूरे-के-पूरे दोनों हाथ-पैर, सारा घट और चेहरा स्पर्शशून्य हो जा सकता है । अपोषण क्षय (लकवा) और पोषण विषयक दूसरी खराबी पैदा हो जाती है । हाथ-पावो पर और चेहरे पर व्यगता और कुरूपता आजाती है ।

इस स्पर्शशून्य उपप्रकार में सूक्ष्म दगंक के टाग कुष्ठजंतु बहुधा नहीं पाये जाते ।

(३) मिश्र प्रकार

(मडलीय और स्पर्शशून्य दोनों उपप्रकार एक ही रोगी में एकत्र भी हो सकते हैं ।) यह माना जा सकता है कि सौम्यकुष्ठ में त्वचा पर के चक्ते, पृष्ठीय मज्जातंतु और उनके मुख्य स्तम्भ तक ही मसर्ग मर्यादित रहता है । नियमानुसार तो शरीर भर में ऐसी खराबी नहीं आती है । कालकुष्ठ से लौटकर सौम्यकुष्ठ में आये हुए रोगी में अथवा कुष्ठ-प्रतिक्रिया शुरू हुए रोगी में शरीर भर में खराबी होती है ।

ऊपर वर्णन किये हुए सब लक्षणों में (१) पृष्ठीय मज्जातंतु की निश्चित मन्ती और (२) संवेदना का ह्रास ये दोनों लक्षण कोठ का निदान करने में निर्णायक हैं ।

कालकुष्ठ-प्रकार

कोठ के मुख्य दो प्रकारों की व्याख्या देते हुए, जैसा कि कहा जा चुका है, उग्र अथवा तीव्रतर रूप के रूग्णकों में यह कालकुष्ठ प्रकार पाया जाता है । उसमें रोग-समर्ग-संबन्धी पेशीजाल की प्रतिक्रिया करीब-करीब नहीं-जैसी होती है । पेशीजाल में कुष्ठजंतुओं की सख्या बे-रोकटोक बृद्ध बढ़ती और फैल जाती है । पेशीजाल उनकी कोई प्रतिक्रिया मात्र

नहीं करता । मज्जातात्वीय प्रकार की अपेक्षा इस प्रकार मं व्रण अथवा रुग्णक अस्पष्ट उभरे हुए रूप में पाये जाते हैं । वे शरीर में अधिक प्रमाण में फैले हुए होते हैं । त्वचा, मज्जातनु, श्लेष्मलत्वचा, रसग्रथि और भीतरी अवयवों तक बहुधा रोग-समर्ग पहुँचा हुआ रहता है । प्रकट-लक्षण-दृष्टि से मुख्य रुग्णक त्वचा और श्लेष्मलत्वचा में होते हैं । इस प्रकार में कुष्ठग्रथि (नाइयूल्स) पैदा होती है । साधारणतः (हिंदु-स्तान में तो) विशेष खराबी की हालत के कुछ उदाहरणों में वह पाई जाती है । कुछ कार्यकर्ताओं का जो यह खयाल है कि कुष्ठग्रथि का मिलना इस प्रकार का एक लक्षण है, यह सही नहीं है । कालकुष्ठ-प्रकार की त्वचा के रुग्णक बार-बार होते हैं । अनुक्रम निम्नलिखित है—

१—तनिक-सा अस्पष्ट उभरे-रूप में मूँगा हुआ फूला-सा भाग । बहुत बार उसपर सुखी, त्वचा पर एक प्रकार का चमकीलापन, स्पर्श मखमल-सा मुलायम ।

२—रंग में बदले हुए चकत्ते अथवा अस्पष्ट ऊँचाई से घिरा हुआ त्वचा भाग । सौम्यकुष्ठ और कालकुष्ठ के चकत्तों का भेद भलीभाँति पहचानना आना चाहिए । कालकुष्ठ के चकत्तों का ऊपरी हिस्सा अधिक गुलगुल होता है । उसपर एक तरह का चमकीलापन और मखमलीस्पर्श-सा होता है । ऊँचाई अस्पष्ट होती है, सिमटे हुए नहीं होते । इस दशा में स्पर्श-वेदना में परिवर्तन नहीं पाया जाता । पृष्ठीय मज्जातनु सख्त नहीं हुए रहते । और सूक्ष्मदर्शक द्वारा अनेक कुष्ठजंतु पाये जाते हैं ।

३—त्वचा अथवा उसके नीचे के पेशीजाल में कुष्ठग्रथियाँ पैदा होती हैं । कभी ये गाँठों आकार में बहुत बड़ी होती हैं । कभी बिल्कुल नहीं फुसी-सी दिखाई देती हैं ।

४—गाँठ फूटकर व्रण हो जाते हैं जो नम अथवा बहते रहते हैं ।

कालकुष्ठ-प्रकार में आरम्भ में रुग्णक कुछ विशिष्ट भागों में ही स्थानवद्ध रहते हैं। पर साधारणतः यह स्थानवद्धता ऊपरी ही होती है। क्योंकि दूसरी ओर के अविकृत भाग की सूक्ष्मदर्शक द्वारा परीक्षा करने पर वहाँ भी कुष्ठजंतु पाये जाते हैं। कालकुष्ठ के प्रगत रोगी में शरीर पर की कुल त्वचा कुष्ठविकृत हो जाती है। रुग्णक बाहर सिर्फ कुछ विशिष्ट भाग में खास तौर से पाये जाते हैं। उदाहरणार्थ मुँह, कान, पीठ, छाती, घुटना, केहूनी, पजे का ऊपरी हिस्सा। त्वचा के कालकुष्ठ से विकृत होने का एक लक्षण केशहानि (डीपिलेशन) होता है। सारे ही शरीर पर के बाल उड़ जाते हैं। खासकर चेहरे पर भौंहे, डाढ़ी और मोछ के बारे में यह दशा अधिक स्पष्ट दिखाई देती है। अङ्कोष पर के केश भी उड़ जाते हैं।

इस प्रकार में त्वचा के रुग्णक में स्पर्श-सवेदन सबधी परिवर्तन नहीं पाया जाता। तथापि पृष्ठभागीय मज्जातंतु का स्तम्भ विकृत हो जाने से हाथ-पैरों में थोड़ी-सी स्पर्शशून्यता आजाती है। साधारणतः लोग इसे मुर्दारपना कहते हैं। मज्जातंतु कुष्ठविकृत होते हैं, पर सौम्यकुष्ठ की अपेक्षा उसमें सस्ती कम मालूम होती है। स्पर्शशून्यता, पोषण-विषयक रुग्णक, लकवे इत्यादि का इस प्रकार के लक्षणों में गौण स्थान होता है। ऐसे रोगी में आगे चलकर त्वचा का रोग धीरे-धीरे कम होने से त्वचा के रुग्णक मुरझाने लग जाते हैं और उस जगह श्वेततंतु-पेशीजाल पैदा हो जाता है। जिससे सिकुड़न पड़ जाती है, विकृत त्वचा खखरी हो जाती है। इस दशा में फिर वहाँ स्पर्शशून्यता आने लगती है और पोषण-विषयक रुग्णक दिखाई देने लगते हैं, यह ध्यान में रखना चाहिए। क्योंकि रोगी के सुवरने में उसके फिर सौम्यकुष्ठ में जाने और तब उसके लक्षण दिखाई देने की समावना रहती है।

कालकुष्ठ प्रकार में श्लेष्मल त्वचा बहुधा विकृत हो जाती है। नाक, कंठ और स्वरयंत्र (लेरिक्स) की श्लेष्मल त्वचा का पूर्ण कुष्ठविकृत होना संभव है। बहुत बार उसपर गांठ और व्रण भी पाये जाते हैं। नाक के ऐसे रुग्णको की वजह से नासा-पटल नाक में का परदा, (सेप्टियम) गायब हो जाता है और नाक बँठ जाती है, कंठ में घर्घराहट की आवाज आती है अथवा कभी-कभी श्वास-रोध भी होने लगता है। रोग को भयंकर अवस्था में आखो का पारदर्शी पटल कुष्ठविकृत पाया जाता है। पलक और पुतली का जीर्ण दाह भी पाया जाता है। अङ्कोप का विकृत होना भी मामूली बात है। जिसकी वजह से बहुत बार वहा के बाल झड़ जाते हैं। स्तन फूल जाते हैं। अङ्कोप का अन्त स्राव क्षीण होने की वजह से दूसरी खराबिया भी हो जाती है। श्वच्छेदन होने पर दूसरे भीतरी अंग भी कुष्ठविकृत पाये जाते हैं, पर बाहरी लक्षण नज़र नहीं आते।

कालकुष्ठ का उपप्रकार नहीं है। उसके एक प्रकार को सकीर्ण अथवा विकीर्ण (डिफ्यूज) कालकुष्ठ कहते हैं। उसमें त्वचा पर सर्वत्र विलकुल सूक्ष्म बूद मरीखे असंख्य रुग्णक होते हैं। ऊपर नवर एक में बताये अनुसार लाली, अस्पष्ट उभार, नरम गुलगुल स्पर्श वा विशिष्ट चमक उसपर होती है। विशेष अभ्यास के बिना इस किस्म की शीघ्र पहचान नहीं होती। हिन्दुस्तान में जब-तब यह किस्म पाई जाती है। पर उसे आज भी सब जगह स्वतन्त्र उपप्रकार नहीं माना जाता।

होते हैं, इस सम्बन्ध में पन्द्रहवें प्रकरण में फिर उल्लेख किया जायगा ।

वाह्य लक्षणों से, सूक्ष्मदर्शक में अथवा छीलन (मेक्शन) लेकर सूक्ष्म शरीर शास्त्र दृष्ट्या (हिस्टालाजिकली) भी कभी-कभी परीक्षा करनी पड़ती है । सौम्यकुष्ठ में वाहिनी के सामने कणसघ (ग्रैन्युलोमा) गाढ़ और सिमटा होता है । साधारणतः वह रोममूल और घर्मपिंड के आसपास अथवा नीचे के पेशीजाल में पाया जाता है । खासकर 'उपलेपक पेशी' (एपिथेलाइड सेल) होती है । उसमें 'दीर्घकाय' (ज्याट्) पेशी भी साधारणतः पाई जाती है । जहां खोरो की प्रतिक्रिया चलती है उन रग्नको में यह 'दीर्घकाय' पेशी तो बराबर ही पाई जाती है । इसके, विपरीत कालकुष्ठ दशा में रग्नको में कणसघ ढीला और बिखरा हुआ होता है । जतु पाये जाते हैं । उसमें 'कुष्ठपेशी' अथवा 'फेनपेशी' होती है । दीर्घपेशी प्रायः नहीं होती ।

सर्वगत अन्तःसेक

ऊपर कहा जा चुका है कि कालकुष्ठ के क्षीण प्रतिकार के उदाहरण में यह सर्वगत अंतःसेक होता है, वाह्यतः समझने योग्य लक्षण कम होते हैं, जिसकी वजह से जानकारी से भी भूले हो जाती हैं । सूक्ष्मदर्शक के द्वारा सिर्फ अनेक जतु पाये जाते हैं । व्यवहार में ऐसी के रोग-निर्णय करने में बड़ा धोखा रहता है । वे पहचान में नहीं आते, सबमें मिलते-जुलते रहते हैं और बराबर छूत फैलाते रहते हैं ।

कई बार इस प्रकार में त्वचा खूब मोटी होजाती है । अगर यह चेहरे पर हुआ तो वहां फूली हुई सूक्ष्म सिकुडन-सी पड़ी दिखाई देती है । उसमें लाली आजाने से चेहरा सिंहमुखी (लिओन्टियासिस) दिखाई देता है । कान पर भी ऐसा ही होता है ।

सकता । जरासी जखम की जगह में कुष्ठजंतु ज्यादा तादाद में जमा हो जाते और बढ़ते हैं । सामने का पेशीजाल उसका विशेष प्रतिकार करता है । सम्भव है इस प्रतिक्रिया के कारण वह गांठ बन जाती हो ।

वारहवां प्रकरण

विशिष्ट अवयवों के रुग्णक

त्वचा में और मज्जातंतु के कोढ़ के रुग्णको के विस्तार-पूर्वक विवेचन करने के बाद अब विशेष अवयवों में जो विशेष प्रकार के रुग्णक पैदा होते हैं सुगमता के लिहाज से उनका स्वतंत्र रूप से विचार करना और ज्यादा अच्छा होगा । ये रुग्णक साधारणतः कम पाये जाते हैं । रोग-निदान और उपचार की दृष्टि से उनका महत्त्व है । वे खासकर (१) आँख, (२) नाक, (३) मुँह और कंठ (४) श्वसन-द्रव्य और (५) जननेन्द्रिय पर पाये जाते हैं । कोढ़ में ब्रणों का भी अलग से विचार करना पड़ता है ।

आँखों के रुग्णक

कोढ़ के कारण होने वाले रुग्णको में आँखों के रुग्णक सबसे अधिक दुःखद और अपग बनानेवाले होते हैं । इनका पहले प्रसंगवश उल्लेख आ चुका है । पर उनका स्वतंत्ररूप से विचार करने की जरूरत है । इन रुग्णको के पारस्परिक भिन्न दो वर्ग होते हैं । पहला प्रकार ५ वें और ७ वें शीर्षीय मज्जातंतु के विकृत होने से होता है । उसमें पारदर्शी पटल (कॉर्निया) में बहरापन पैदा हो जाता है । पलकों की खुलने-बन्द होने की क्रिया में खराबी आती है । दूसरे प्रकार में आँख

के कोए या पुतली (लेन्स) प्रत्यक्ष कुष्ठविकृत हो जाती है। यह दशा भयकरता प्राप्त रोगी में होती है। पहिला प्रकार मज्जातात्वीय स्वरूप का होता है, दूसरा कालकुष्ठीय होता है।

(१) प्रतिकारसम उदाहरण में चेहरे पर मज्जातात्वीय कुष्ठ के बड़े-बड़े रुग्णक होने पर नामने की त्वचा की नाई कोएका आगे का भाग भी नुप्त हो जाता है। चेहरे पर स्पर्श शून्यता आजाने पर भावव्यक्तकम्पायु पर अनर होता है। इसके कारण उस स्नायु की सार्वकालिक निरोगी स्थिति नहीं रहती। उसकी क्रिया-शक्ति विगड जाती है। विणेषकर पलको को खोलने और बन्द करनेवाले स्नायु में यह स्पष्टतः प्रकट हो जाता है। पारदर्शी पटल की परावर्तन अथवा प्रतिक्षिप्त क्रिया (रिफ्लेक्स ऐक्शन) के निरस्त हो जाने से और पलको के पूरे बन्द होने में असमय होने से कोओं का नैसर्गिक सुरक्षण नहीं हो पाता। विणेषकर निद्रा के समय यह सुरक्षण न रह जाने से हानि होने की अधिक संभावना रहती है। विणेष सुरक्षण का उपाय न किया जाने पर नेत्रावरण में जलन (कन्ज्याक्टिविटिस) होने लगती है। कई बार पारदर्शी पटल पर भी व्रण निकल आते हैं। भयकरता को पहुँचे हुए उदाहरणों में पलकों बाहर निकल जाती है। पलकों के भीतरी भाग पर अधुनलिका के जो सूक्ष्म छिद्र हैं वे भी इसकी वजह से बाहर निकल आते हैं और खुले रह जाते हैं। आसू गाल पर बहते रहते हैं। अध्रुकोष (लक्रिमल सक्) जब प्रत्यक्ष रूप से विकृत हुआ रहता है अथवा नाक में रुग्णक होते हैं, तब अध्रुमार्ग (लक्रिमल डक्ट) बन्द-सा हो जाता है। उसमें अमुखव्रण पैदा होने की संभावना रहती है।

(२) कोओं के प्रत्यक्ष रूप से कुष्ठविकृत होने से होनेवाले काल-

कुष्ठीय रुग्णक इस दायरे में पड़ते हैं। चारों ओर की त्वचा के पूर्णतः विकृत हुए बिना कोये प्रत्यक्ष रूप से कुष्ठविकृत नहीं होते। पहला ससर्ग रक्तवाहिनियो (ब्लड वेमल्स) द्वारा जाकर एकत्र हुए जंतुओं के कारण होता होगा। अधिक उदाहरणों में चेहरे के चारों ओर की त्वचा से रस-वाहिनियो (लिफ्टिक्स) के द्वारा ससर्ग का पहुंचना सम्व है। आख के ऊपर की भांति ही भीतरी अंग में भरपूर ससर्ग पहुंच जाने पर भी रोगी को खुद समझने लायक (स्वसवेद्य) अथवा वाह्य लक्षण विलकुल ही दिखाई नहीं देते। आखे विकृत होने पर कुष्ठ प्रतिक्रिया साधारणतः लक्षित होती। ऐसे समय जांच करने पर नेत्रावरण में रक्त-सचय (कन्जेक्शन) पाया जाता है। प्रकाश असह्य हो जाता है (फोटो-फोबिया)। प्रकाश की आख के अदरूनी हिस्से में जो प्रतिक्रिया होती है अथवा दृष्टि का मेल सावने की जो शक्ति होती है उसमें कुछ खराबी पैदा हो जाती है।

कुछ उदाहरणों में वाह्य अवयव विशेष विकृत दिखाई देते हैं। नाक की ओर आखों के कोनों में तिकोने आकार का गाढा-सा भाग (टेरेजियम) एकत्र होजाता है। वह पारदर्शी पटल पर भी पमरने लगता है। जैसे गिराजाल रोग में (पनस्) होता है वैसे ही पारदर्शी पटलों का स्वरूप रुखड़े काच सरीखा हो जाता है। यह बहुधा ऊपर की अर्धाली में होता है। पर कुछ समय में कनीनिकापुतली (प्यूपिल) को भी ग्रस लेता है। बाहरी अंगों के विकृत होने पर अन्दर का भी प्रायः रक्षित नहीं रहता है। अट्रोपिन डालने से पुतली (प्यूपिल) के बढ़ने की जो क्रिया होती है वह अव्यवस्थित अथवा मन्द हो जाती है। कभी-कभी वह पूर्ण स्थिर हुई दीखती है। सब कालकुष्ठीय उदाहरणों में चेहरे पर रुग्णक होने पर अट्रोपिन डालकर पुतली की क्रिया की जांच

कर लेना अच्छा है। कारण, बाहर से निरोगी दिखाई देनेवाले नेत्रों में भी पुतलियों की छोटी-बड़ी होने की शक्ति विण्डी हुई होती है। इसके सिवा भीतरी अवयवों में मसर्ग पहुँचने के बारे में जानने का वह एक नाघन हो जाता है। शुभ्रपटल (स्क्लेरा) दुरुस्त रहने पर भीतर के अवयव के विकृत होने की सम्भावना नहीं रहती। आँखों की बाहर से बहुत थोड़ी दिखनेवाली विकृति भी कुष्ठ-प्रतिक्रिया में दुमह चक्षुपीडा (आपयल्मिया) पैदा कर देती है।

नाक के रूपांक

नाक की श्लेष्मलत्वचा की सिल्ली में अथवा खरोच लगे हुए भाग से मसर्ग शरीर में फैलता है। इस अनुमान की पुष्टि में काफी प्रमाण मिलते हैं। नाक के भीतरी हिस्से का उपलेपक (एपिथेलियल्) पेदीजाल त्वचा की अपेक्षा पतला होता है। इसकी वजह से और विशेषतः खाज के कारण नाखून से खुजला देने पर उसमें से जंतुओं के अन्दर घुसने का सुभीता हो जाता है। त्वचा के सौम्य अथवा कालकुष्ठ के जितने प्रकार के रूपांकों का जिक्र ऊपर किया जा चुका है उतने सब रूपांक नाक की श्लेष्मलत्वचा में भी होते हैं। सौम्यकुष्ठ में त्वचा की भाँति श्लेष्मलत्वचा स्पर्शगुन्य रहती है। बहुत गेगियों में जुकाम नहीं बहता, ऐसी दशा में श्लेष्मलत्वचा में सतत रहनेवाली नमी और मुर्छा नहीं पाई जाती। वह सूखी और फीकी दिखाई देती है।

कुछ अन्य उदाहरणों में नाक के भीतरी भाग में मसर्ग बहुत ही भिन्ना हुआ होता है। नीचे की भाले के आकार की हूड्डी (इन्फीरियर टॉक्नेट) लाल और गठीली दिखाई देती है। नाक के परदे पर व्रण होते हैं। अथवा पुराने व्रणों के काले-काले-से दाग होते हैं। नाक के छिद्र सूखे हुए नेट (नाक की श्लेष्मा) के कारण बंद होजाने से रोगी को बहुत

पीड़ा होती है। रक्त-प्रवाह का अभाव हो जाने अथवा व्रण हो जाने के कारण कूर्चमय (कार्टिलेजिनस्) आवरण में छेद हो जाते हैं अथवा वह गायब हो जाता है। उपदश रोग में जैसे हड्डी के आवरण जाते रहते हैं वैसे कोढ़ में बिल्कुल नहीं होता। इन दोनों रोगों में यह फर्क ध्यान में रखना चाहिए। कूर्चमय आवरण के जाते रहने से नाक चपटी हो जाती है। पर खाम कर के नाक के भीतर व्रण हो जाने से श्वेतततुओं का जो आकुचन होता है उसकी वजह से ऐसा होता है।

मुँह और कंठ के रुग्णक

मुँह के चारों ओर की त्वचा विकृत होने के बाद साधारणतः होठों पर रुग्णक पाये जाते हैं। पर प्रारम्भ में पहले वहाँ नहीं होते। होठ के बाहर की ओर किनारे पर बहुत दूर कुष्ठ-ग्रन्थि दिखाई देती हैं। होठों पर के और चारों ओर के रुग्णक जब बहुत बढ जाते हैं तो आकुचन होता है और मुँह पूरा खुल नहीं सकता (स्टेनासिम)।

कालकुष्ठिय-प्रकार के भयकरता प्राप्त रोगी की जीभ पर गाँठ भी साधारणतः उभर आती है।

तालू पर गठीले अथवा बिखरे रुग्णक उठ आते हैं। कुष्ठविकृत पेशीजाल के फटने से या नष्ट हो जाने से मृदु तालु (साफ्ट प्लेट) और सप्तपथद्वार (फासेस) क्षुब्ध और व्रणयुक्त हो जाते हैं। इन

१ मुँह खोलने पर दोनों कमानियों के पीछे जो मार्ग है उसे सप्तपथ (फॉरेक्स) कहते हैं। कारण वहाँ सात मार्ग आकर मिले हैं। दोनों कमानियों के बीच के दरवाजे को सप्तपथद्वार (फासेस) कहते हैं। सप्तपथ और सप्तपथद्वार इन दोनों को मिलाकर कंठ कहते हैं। सप्तपथ में मिलने वाले सात मार्ग—१ मुँह का मार्ग, २-३ नाक के मार्ग के दो द्वार, ४ अन्न-मार्ग, ५ श्वासमार्ग, ६-७ कान और कंठ को जोड़नेवाली नलियों के दोनों छिद्र।

व्रणों के अच्छे होने पर चकत्ते का हिस्सा सिकुडता है। उसके कारण मृत्पथद्वार घिरा-मा होता है। फुफ्फुस में हवा लेजानेवाली नलिका (एयर पैसेजेस) और श्वास-मार्ग के परदे (एपिग्लोटिस) के चारों ओर के व्रण दुरुस्त होकर सिकुडते हैं। उसकी वजह से श्वास-मार्ग का अशत अवरोध होता है। यह प्रकार बहुत तीव्र होने पर श्वासनलिका पर शस्त्रक्रिया (ट्रकिआटोमी) भी करनी पड़ती है। कोठ में तालू में छिद्र हुए भी पाये जाते हैं। पर साधारणतः वह सहचारी उपदश का परिणाम होता है। नाक की श्लेष्मल त्वचा से रसवाहिनियों के द्वारा कठ साधारणतः विकृत हो जाता है।

नाक, मुँह के व्रण अच्छे होने पर जब श्वेततनु उत्पन्न होने की क्रिया (फायब्रासिस) विशेषता से होती है तब गवज्ञान और रुचिज्ञान पूरा अथवा कुछ अंश में गायब हो जाता है। नौम्यकुष्ठ में जिह्वा के मज्जातनु (लिंगुल नर्व) विकृत हुए रहते हैं, और रुचिज्ञान बिगड़ जाता है। कुष्ठविकृत पेगीजाल नष्ट होजाने की वजह से जीभ और तालू पर गहरा रंग आजाता है। स्वरयंत्र (लैरिक्स) विकृत होजाने में कोढ़ी की आवाज प्रायः भर्रा जाती है। मुख्य स्वरतनु (वोकल-कार्ड) भी कुष्ठविकृत हो सकते हैं।

श्वसनेन्द्रियों के रूपांक

कालकुष्ठ की विकराल दशा के उदाहरण में रोगी के थूक के साथ मवाद मिली हुई आती है। उसमें अनेक कुष्ठजतु पाये जाते हैं। प्रत्यक्ष फुफ्फुस कुष्ठग्रस्त होते हैं या नहीं इसके बारे में सशय है। श्वास-नलिका (ट्रकिआ) में कुष्ठग्रथि फूटने की वजह से ऐसा थूक आता होगा। अथवा ऊपर की श्वामवाहिनिया (ब्रान्काय) बहुत ही विकृत होजाने की वजह से ऐसा हो सकता है। कुछ उदाहरणों में यह पूर-

साव नाक अथवा कठ में से आता होगा। क्षय और कोढ़ दोनों बहुत बार एक साथ होते हैं। उनकी भेदकारी (डिफरेंशियल) जांच करनी चाहिए। सशय होने पर सफेद चूहों के वदन में उस थूक का इन्जेक्शन देकर निर्णय किया जा सकता है। अगर कोढ़ होगा तो कोई नतीजा नहीं होगा। क्षय होने पर चूहे पर रोग का असर होगा।

जननेन्द्रिय के रुग्णक

कोढ़ के समस्त प्रगत उदाहरणों में वीर्यपिंड और अंडकोष कुष्ठ-विकृत होते हैं। गोलियों के भीतर और दोनों गोलियों के बीच के भाग में, दोनों जगह ससर्ग फैलता है। वीर्यनलिका में भी ससर्ग फैलता होगा। गोलियों का पेशीजाल जाता रहता है और श्वेततंतुओं का एक गोला-सा बन जाता है। वहाके बाल झड़ जाते हैं। अंडकोष की अन्त-साव क्रिया बन्द हो जाने से स्तन बेतरह फूल जाते हैं। नारंगी के आकार के या उससे भी बड़े हो जाते हैं। जबतब उनमें वेदना होती है। वह कुछ काल तक जैसे-के-तैसे रहते हैं। उनमें भी कुछ पारी होती है।

इसके सिवाय, कोढ़ में नपुंसकत्व आ जाता है। अन्त साव प्रणाली (इंडोक्राइन सिस्टम) में परस्पर सम्बन्ध बिगड़ जाता है। उसे वक्त रहते न सुधारा गया तो रोगी की मानसिक और शारीरिक स्थिति गिर जाती है और वह उदास रहता है।

शवच्छेद करने पर रज पिंड (ओवरी) और मूत्रपिंड (किडनी) कुष्ठविकृत पाया जाता है। पर जीवितावस्था में उनके काम में कोई खराबी नहीं दिखाई देती।

कोढ़ में व्रण

पूर्वकथनानुसार ये व्रण दो प्रकार के होते हैं। उनका भेद समझना बहुत जरूरी है। पहले प्रकार के व्रण मज्जातंतु के द्वारा मिलने-

वाले पोषण के नष्ट होने से पैदा होते हैं। वे पैरो को नीचे से ऊपर की ओर की वेधन क्रिया की तरह काटते जाते हैं। इसलिए उन्हें 'वेधक व्रण' (परफोरेटिंग अल्सर) कहते हैं। ऐसे व्रणों में से कुष्ठजंतु साधारणतः प्रायः बाहर नहीं निकलते। उनसे जितना डरा जाता है उस हिसाब से वे रोग कम फैलाते हैं।

दूसरे प्रकार के व्रण (कालकुष्ठीय व्रण) हैं। वे त्वचा अथवा श्लेष्मल-त्वचा में के रुग्णको के फूटने से होते हैं। ऐसे व्रणों के पाये जाने की नियमित जगह नयुने हैं। ऐसे व्रणों में से असंख्य जंतु निकलते रहते हैं। कुष्ठग्रथि फूटने में होनेवाले व्रण भी इसी दायरे में आते हैं। रोग को फैलाने में इन व्रणों का प्रमुख स्थान है।

मज्जातंतु में के अमुखव्रणों की एक अलग ही किस्म है। वे फूटकर बहने लगें तो उन्हें हमारे व्रणों की भांति समझने में हर्ज नहीं है। उनका वर्णन पीछे किया जा चुका है।

तेरहवां प्रकरण

कुष्ठ-प्रतिक्रिया

काँठ बड़ा जीर्ण रोग है। इसमें चढ़ाव उतार बहुत धीरे-धीरे होता है। रोगी में हफ्तों या महीनों तक भी कोई प्रत्यक्ष परिवर्तन नहीं होता। तथापि कुछ रोगियों में कुष्ठ-प्रतिक्रिया अथवा ज्वर की दशा आती है, उस समय रोग के लक्षणों में एकबारगी अचानक कुछ वृद्धि हो जाती है।

इस कुष्ठ-प्रतिक्रिया के कारण बहुधा दुर्बोध अथवा संशयित रहते

धीरे-धीरे क्षीण होता रहता है, उसकी हालत उत्तरोत्तर बिगड़ती जाती है। खयाल है कि कालकुष्ठ में समर्ग-केंद्र (लेप्राटिक् फोकस्) के फूटकर शरीर में फैलने से यह प्रतिक्रिया होती होगी।

आरोग्य सुधर कर प्रतिकार-शक्ति के पूर्ववत् होने या बढ़ने पर कोढ़ी में एक प्रकार की प्रतिक्रिया होती है, इसका उल्लेख पहले हो चुका है। यह आरोग्यस्थापनारूपी (रिकवरी) प्रतिक्रिया उपर्युक्त प्रतिक्रिया में भिन्न होती है। इसका भेद समझ रखना चाहिए। एक प्रतिकार-शक्ति के घटने की वजह से होती है, दूसरी प्रतिकार-शक्ति के बढ़ने लगने के कारण होती है।

कुष्ठ-प्रतिक्रिया के सवध में ध्यान में रखनेवाली एक और जरूरी बात है। प्रतिक्रिया कोई टिकाऊ अवस्था नहीं होती है। बिना किसी खास उपचार के भी थोड़े समय के बाद वह साधारणतः अपने आप दब जाती है। रोगी प्रतिक्रिया के पूर्व जिस दशा में था, फिर बहुधा उसी दशा में हो जाता है। इस बात पर गौर न करने के कारण बहुत बार गड़बड़ हो गई है। प्रतिक्रिया शीघ्रपरिणामी (अक्यूट) अथवा जीर्ण-विलंबी (क्रानिक) स्वरूप की भी हो सकती है।

चौदहवां प्रकरण

कोढ़ की वृद्धि और उतार का क्रम

हिन्दुस्तान में कोढ़ की हमेशा नहीं तो प्रायः सौम्यकुष्ठ से शुरुआत होती है और उससे आगे नहीं बढ़ता है। थोड़े से उदाहरणों में कुछ सप्ताह या कभी-कभी कुछ वर्ष बीतने पर कालकुष्ठ के रूग्णक पैदा होते हैं। इतनी तरक्की कर लेने पर रोग बहुधा धीरे-धीरे बढ़ता रहता

क्रमशः नष्टप्राय हो जाते हैं। श्लेष्मलत्वचा और दूसरे कुष्ठविकृत पेगी-जालो में भी ऐसा ही परिवर्तन हो जाता है।

पन्द्रहवां प्रकरण

कोढ़ का निदान (रोग-निर्णय)

रोग-मसर्ग होने के बाद रोग कैसे-कैसे बढ़ता जाता है, उसके कौन-कौन से लक्षण किस-किस अवयव में दिखाई देते हैं, उसमें चढ़ाव-उतार होते हुए कौन-सा फर्क पड़ता है, इन सब बातों का पहले विस्तार-पूर्वक विवेचन किया गया है। किमी अन्य रोग के निदान में या उस रोग का प्रकार तय करने में जैसे रोगी की संपूर्ण परीक्षा की जाती है, वैसी ही कोढ़ी की भी की जानी चाहिए। कोढ़ में वाह्य प्रकट लक्षणों से, सूक्ष्म-दर्शक-परीक्षा और सूक्ष्म शरीरशास्त्र-दृष्टि-परीक्षा के आधार पर रोग-निर्णय किया जाता है। कोढ़ के निदान में उपयोग में आनेवाली रक्त-जलविषयक (सीरालाजिकल) परीक्षा अभी तक उपलब्ध नहीं हुई है। यह पुस्तक किसी डाक्टर या वैद्य के लिए नहीं बल्कि सर्वसाधारण जिज्ञासु नागरिकों के लिए है, अतः उन्हें एक सूचना देना जरूरी है। कोढ़ का निदान करना बड़ी जोखिम का काम है। जो इसके जानकार है उनके सिवा दूसरों को कभी यह नहीं कहना चाहिए कि अमुक को कोढ़ है। शका होने पर स्वयं सावधान रहना चाहिए। उसे फौरन डाक्टर से जाच कराने की सलाह देनी चाहिए। बहुत बार सिर्फ कोढ़ का नाम सामने आते ही रोगी को धक्का लगता है। इसलिए अनधिकृत लोगों को निर्णय नहीं करना चाहिए, यह दोनों पक्षों के लिए हितकर है।

महारोग के निर्णायक लक्षण

कोढ़ का निदान करने में निर्णायक (कार्डिनल) लक्षण सिर्फ तीन ही हैं—(१) पृष्ठीय मवेदना में ह्यस, (२) मज्जाततुकी नन्नी और (३) नूधमदर्शक-परीक्षा में कुष्ठजतुओं का पाया जाना । इनपर जितना जोर दिया जाय उनना ही कम है । यह मुख्य नियम है कि इन तीन लक्षणों में से कोई न मिले तो कभी कुष्ठ रोग नहीं मानना चाहिए । शायद ही कभी इस नियम का उल्लंघन होता है । पर ऐसे अपवाद प्रसंगों में स्वाम कारण अथवा परिस्थिति होती है । इसका निर्णय करना विशेषज्ञों का काम है । कोढ़ में कितना भी ह्रवहू मिलनेवाला उदाहरण क्यों न हो, उन तीन लक्षणों में से कोई एक-दो निश्चय रूप से मिले बिना कभी रोग-निर्णय नहीं करना चाहिए । ये तीन लक्षण कैसे ठहराने चाहिए, इनका तरीका नीचे लिखे अनुसार है ।

१ पृष्ठीय सवेदना में ह्यस—मवेदना में स्पर्श-मवेदना, मुख-दुःख-मवेदना और शीत-उष्ण-मवेदना इन तीनों की परीक्षा करनी चाहिए । यह मवेदना का ह्यस प्रत्यक्ष दागों पर अथवा अवयव में बिल्कुल दूर के अंग पर होता है । इस बात का खयाल रखना चाहिए कि बहुत बार स्पर्शगून्यता जघूरी होनी है, पूर्णरूप से नहीं होती कुछ रङ्गको में वह स्पष्ट होती है, कुछ में नाममात्र को होती है । स्पर्शगून्यता जाचने के लिए बिल्कुल पन्ठे कागज का तिकोना टुकड़ा, पाख या बत्ती की तरह बटी हुई रुई लेनी चाहिए । रोगी की आखों पर पट्टी बांधे या मूदने को कहें । फिर निरोगी और मशयित त्वचा को उलट-पलटकर स्पर्श करें और रोगी को अगुली लगाकर बताने को कहें । अगर रोगी बताने में गलती करने लगे तो स्पर्श-मवेदना में खराबी होगई है यह मानने में हर्ज नहीं है । कभी-कभी इस प्रकार बार-बार परीक्षा करनी पड़ती

है। रगणक के बिचले हिस्से और किनारे के हिस्से में स्पर्शज्ञान एक सरीखा है या नहीं यह देखना चाहिए। बहुत बार स्पर्शज्ञान तो होता है पर सुख-दुःख-भवेदना में खराबी आ गई रहती है। इसके लिए एक-से सिरवाली दो आलपीनें लेकर ऊपर बताये अनुसार जांचें। शीत-उष्ण का भान है या नहीं इसकी जांच के लिए दो नलियों में अलग-अलग गरम और ठंडा पानी लेकर ऊपर के ढग से जांचें। बहुत बार रोगी का जबानी जवाब विश्वसनीय नहीं होता। परीक्षक को अपने निर्णय को ही प्रमाण मानना चाहिए। छोटे बच्चों के बारे में सही उत्तर मिलना सम्भव नहीं है। ऐसे मौकों पर निर्णय को टाल देना चाहिए और बारबार देखना चाहिए। यह न भूलें कि भीह के भाग में और सख्त त्वचा के अवयवों का स्पर्शज्ञान हमेशा ही कम होता है।

२ मज्जातंतु में सख्ती—एकाध बहुत कम ही कभी-कभी दिखाई देनेवाले ऐसे-वैसे रोगों को छोड़कर कोढ़ के बिना किसी रोग में मज्जातंतु सख्त नहीं होते। इसलिए कोढ़ को पहचानने का यह उत्तम माधन है। पर दुर्भाग्यवश यह सख्ती पहचानना विशेषज्ञों के लिए भी बहुत बार मुश्किल होजाता है। शरीर में मज्जातंतु के बटवारे का ज्ञान प्राप्त कर लेने पर दीर्घ अनुभव से यह पहचान आ सकती है। सख्त होने की शका होने पर दोनों अंगों के मज्जातंतु की तुलना करनी चाहिए। दोनों सख्त हो तो उसी आकार के दूसरे मनुष्य के मज्जातंतु से तुलना करनी चाहिए। इसके बिना निर्णय नहीं करना चाहिए। अनुभव के बिना ऐसे मौकों पर निर्णय करना मुश्किल होता है।

३ सूक्ष्मदर्शक-परीक्षा में कुष्ठजंतु का मिलना—सूक्ष्मदर्शक-परीक्षा करने का काम विशेषज्ञों का है। साधारण पाठकों के लिए उस रीति के वर्णन की जरूरत नहीं है। पर यह परीक्षा कब करनी जरूरी

हैं कब नहीं, यह सबको जानना चाहिए। ऐसे ही किस प्रकार में वह साधारणतः अस्तिपक्ष में होती है अथवा नहीं होती इसकी जानकारी रहना भी उपयोगी है। यह परीक्षा कोढ़ का निदान करने की अपेक्षा रोगी सासर्गिक है या नहीं इस निश्चय में अधिक उपयोगी है। निदान करने में हमेशा उसका उपयोग नहीं होता, और न जरूरत ही है। किसी रूग्णक में किस प्रमाण में साधारणतः जनु पाये जाते हैं इसका उल्लेख पहले किया जा चुका है।

अपवादात्मक उदाहरण

कोढ़ के कुछ अपवादात्मक उदाहरण ऐसे पाये जाते हैं कि जिनमें ये मुख्य निर्णायक तीनों लक्षण नहीं होते या सशयग्रस्त होते हैं। छोटे बच्चों के बारे में ऐसा अनेक बार होता है। यह पहले बतलाया जा चुका है। ऐसे प्रसंगों पर विशेषज्ञ ही निर्णय कर सकते हैं। कुष्ठ-रोगी की सोहवत से उत्पन्न कुष्ठ में (ससृष्ट में) कुछ अधूरे लक्षण पाये जाय तो साधारण पाठकों को चाहिए कि फौरन उसे उचित परीक्षा करा लेने को कहे, उसमें आलस्य न करें। समाज में से कोढ़ को नेस्तनाबूद करना हो तो जहातक संभव हो शीघ्र निदान होना चाहिए, तभी सफलता की आशा है। इसपर जितना जोर दिया जाय कम है।

भेदकारी चिकित्सा (डिफरेंशियल डायग्नोसिस)

निर्णायक लक्षण तय करने के बाद कोढ़ सरीखे दिखाई देनेवाले दूसरे रोग कौन से हैं और उनमें क्या भेद है इसका विचार करना आवश्यक है। क्योंकि दूसरे रोगों में भी ऐसे ही वाह्य लक्षण मिलने संभव है। उनका भेद समझ में आये बिना रोग-निर्णय नहीं हो सकता। उदाहरणार्थ, शेरणी रोग में त्वचा पर फीके सूक्ष्म दाग हो जाते हैं। पर उनमें स्पर्शज्ञान रहता है, पसीना आता है, बाल भी पाये जाते हैं। 'पीले कोढ़' रोग

के बारे में तो बहुत बार गलतिया होती हैं । इसकी वजह से उसका 'श्वेत कुष्ठ' यह गलत नाम पड़ गया है । पर कोढ़ के साथ उसका कोई भी संबंध नहीं है । यह उपर्युक्त विवेचना के आधार पर भलीभांति परीक्षा करने पर सहज में समझ में आ सकता है । गजकर्ण के चकत्तों के बारे में भी देहाती लोग बहुत बार गड़बड़घोटाला कर देते हैं । गर्मी के चकत्ते या घाव भी बहुत बार कोढ़ जैसे दिखाई देते हैं । पर उनमें कोढ़ के मुख्य लक्षण नहीं पाये जाते । कई बार जलम या चोट के कारण किसी हिस्से का स्पर्शज्ञान जाता रहता है पर उसमें कोढ़ के दूसरे लक्षण नहीं होते हैं । केवल स्पर्शज्ञानशून्य त्वचा के कारण उसे कोढ़ कहना उचित नहीं है । दूसरे कारणों से लकवा होकर हाथ-पैर अथवा चेहरे के हिस्से कोढ़ जैसे दिखाई दे सकते हैं पर रोग का इतिहास सुनने पर या भलीभांति परीक्षा करने पर कोढ़ के दूसरे लक्षण नहीं मिलेंगे । कुछ स्त्रियों के हाथ रसोई बनाते हुए जल जाने से कोढ़ियों की पंजाकृति सरीखे दीख पड़ते हैं, केवल इसी वजह से उसे कोढ़ी कहना गलत बात है । बहुत बार कोढ़ के चकत्तों को छिपाने के लिए तेजाब अथवा दूसरे मासदाहक (कास्टिक) पदार्थ लगा देने से शकल बदली हुई दिखाई देती है । पर ऐसे में मज्जातत्त्व के लक्षण ज्यो-के-त्यो मिलेंगे । नपुंसकत्व प्राप्त मनुष्य का चेहरा कुछ कोढ़ी-सा दिखाई देता है । पर कोढ़ के मुख्य लक्षण उसमें नहीं होते । बहुत बार दो अथवा अधिक रोग एकत्र हो सकते हैं । उदाहरणार्थ, एक चकत्ता गजकर्ण का होता है और बाकी २-३ कुष्ठ के होते हैं । इसलिए सारे शरीर की संपूर्ण परीक्षा करने में कभी 'आनाकानी' नहीं करनी चाहिए । रोगी का शरीर जहातक संभव हो नगा करने में सकोच नहीं करना चाहिए । इसके बिना उचित परीक्षा नहीं हो सकती । गुप्त

भागों की जानकारी पूछकर प्राप्त कर लेनी चाहिए । वगाल, आसाम की ओर पाया जानेवाला 'डर्मल लिग्मनियामिम्' नामक रोग हूवहू कोढ़ नरीखा दिखाई देता है । इसका सूक्ष्मदर्शक-परीक्षा ने फौगन निर्णय हो जायगा । मुरमा (नोरियामिम) भी एक ऐसा ही रोग है । इधर वह बहुत कम मिलता है । उसके चकत्तो पर रुपहली-सी सूक्ष्म पपड़ी होती है । ऐसे ही अनेक रोगों का विचार भेदकारी चिकित्सा की दृष्टि से करना जरूरी है । पर वह माधारण पाठकों की मर्यादा के बाहर है । माधारणन दाग—चकत्ते, सवेदन में खराबी, कुष्ठग्रथि और व्यग्रता के बारे में नमानता दिखाई देनी है । मुख्य तीन लक्षणों की खोज करने से नेद ममझ में आ जायगा, और रोग-निर्णय मुलभ हो जायगा ।

सोलहवां प्रकरण रोगियों का वर्गीकरण

मौम्य और कालकुष्ठ के नाते रोगियों के भी दो प्रकार होते हैं । जिन रोग में सब रुग्णक केवल मज्जातात्वीय कुष्ठ के होते हैं, उसे मज्जातात्वीय कहते हैं । एकाध रुग्णक भी कालकुष्ठीय स्वरूप के होने पर ऐसा रोगी 'कालकुष्ठीय' कहलाता है । ऐसे रोगी में फिर मज्जातात्वीय प्रकार के दूसरे किन्ने ही रुग्णक क्यों न हो इसकी परवाह नहीं की जाती ।

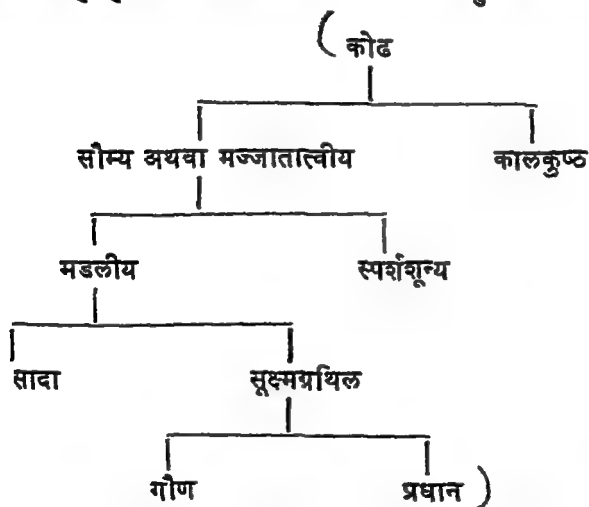
वर्गीकरण करने में 'म' (मज्जातात्वीय) और 'क' (कालकुष्ठीय) इन मकेताक्षरों (सिबल) का उपयोग किया जाता है । उसीके साथ रोग की बढ़ती के प्रमाण की कल्पना देनी आवश्यक होती है । इसके लिए १, २, ३ इन अकों का उपयोग करते हैं । अक १ एक छोटे-से स्थान-

वद्ध रुग्णक को बतलाता है, अक ३ सर्वत्र फैले हुए प्रगत रुग्णक बतलाता है और अक २ इन दोनों के बीच की हालत जाहिर करता है। इस प्रकार के वर्गीकरण का विलकुल सीधा-सादा प्रकार है म_१, म_२, म_३ और क_१, क_२, क_३ ।

रोग के स्वरूप की ज्यादा सूक्ष्म जानकारी के लिए इस सादे वर्गीकरण का विस्तार करना पड़ता है। इसकी दो पद्धतियाँ हैं। जिस रोगी में दोनों प्रकार के रुग्णक जिस प्रमाण में मिलते हैं उससे प्रकट करने-वाले अको के साथ इन दोनों सकेताक्षरों का उपयोग एकत्र करने की एक पद्धति है। उदाहरणार्थ, क_२ म_३ इससे मालूम हुआ कि रोगी में कालकुण्डीय रुग्णक मध्यम प्रमाण में हैं और मज्जातनु के विकृत होने से पैदा हुई स्पर्शशून्यता मध्यम प्रमाण में। उससे कुछ आरम्भिक व्यगता का बोध भी हो सकेगा।

अधिक सूक्ष्म रीति से वर्गीकरण करने की दूसरी पद्धति है मुख्य प्रकार के सामने उसके उपप्रकार का पहला अक्षर लिखना। 'मडलीय' और 'स्पर्शशून्य' इसके अथवा 'सादे' और 'सूक्ष्म ग्रन्थिल' मडलीय उपप्रकार का वर्णन पहले किया जा चुका है। इसे दर्शाने के लिए म_म, म_{स्प} व म_{सू} चिन्हों का उपयोग करते हैं। उसके आगे प्रमाण दरसाने को १, २, ३ अक ऊपर बतलाये तरीके से रखते हैं। उदाहरणार्थ म_म इससे मज्जातात्वीय प्रकार के दो-एक छोटे-से दागों के होने का पता चलता है। म_{स्प} इससे रोगी के मज्जातनु का मुख्य स्तम्भ बड़े प्रमाण में विकृत होगया है, दाग दिखाई न देकर त्वचा के बहुतेरे भाग पर स्पर्श-शून्यता है, वेधक व्रण पढ़ने सरीखी पोषण विषयक खराबी भी होगई है, इत्यादि बातें दिखाई जाती हैं।

वर्गीकरण के सवध में एक बात विशेष साफ करने की है । जिस रोगी में मज्जातात्वीय और कालकुष्ठीय दोनो रुग्णक मिले उसे कालकुष्ठीय वर्ग में ही डाला जायगा, चाहे कालकुष्ठीय रुग्णक एकाघ ही हो और मज्जातात्वीय अनेक । साध्यासाध्य-विचार, उपचार और रोगप्रति-बंधक इलाज की दृष्टि से कालकुष्ठीय रुग्णक का पाया जाना अधिक ध्यान खींचनेवाली बात है । वर्गीकरण करते हुए उसे प्रमुखता मिलनी चाहिए । उदाहरण के लिए क, म, लिखना चाहिए, म, क, लिखना ठीक नहीं है । संक्षेप में कोड का नीचे लिखे अनुसार वर्गीकरण होगा —



कोड के हमेशा मिलनेवाले उदाहरणों के वर्गीकरण में कोई कठिनाई नहीं होती । बहुत बार भिन्न तरह के उदाहरण मिलते हैं, तब उनका वर्गीकरण आसान नहीं रहता । कुछ सौम्यकुष्ठ के और कुछ कालकुष्ठ के अवूरे लक्षण किसी किसी रोगी में एकत्र मिलते हैं । उसमें सवेदना के बदले हुए स्थानवद्ध दाग और सख्त मज्जातत्तु मिलेंगे, पर उसीके साथ

अस्पष्ट उभार होगा और सूक्ष्मदर्शक-परीक्षा में थोड़े कुष्ठजंतु दिखाई देंगे। ऐसे उदाहरण अकसर पाये जाते हैं। ऐसे रोगियों में कुछ ज्यादा दिनों तक मज्जातात्वीय प्रकार में रहने के बाद जाच के समय कालकुष्ठ में जाने की तैयारी में होते हैं। कुछ सिर्फ मज्जातात्वीय प्रकार के होते हैं। ऐसे मौकों पर एक ही बार की परीक्षा से उनका यथार्थ वर्गीकरण करना असम्भव होगा। ऐसे में नियमित समय पर बारबार परीक्षा और दीर्घ अवलोकन करने की आवश्यकता है।

उपर्युक्त वर्गीकरण प्रकट-रोग लक्षण की दृष्टि से किया गया है। पर कानूनी या समाज-नियम की दृष्टि से रोगी सासर्गिक है वा नहीं इसके लिए दूसरी तरह के वर्गीकरण की जरूरत होती है। सूक्ष्मदर्शक परीक्षा से इसका निर्णय होता है। रोगी की त्वचा अथवा श्लेष्मल त्वचा की परीक्षा में कुष्ठजंतु पाये जाने पर वह रोगी सासर्गिक समझा जाता है, न पाये जाने पर उसे 'असासर्गिक' मानते हैं। कालकुष्ठ के सभी रोगी सासर्गिक होते हैं। मज्जातात्वीय (मौम्य) कुष्ठ के बहु-संख्यक रोगी असासर्गिक होते हैं। मौम्यकुष्ठ के थोड़े अपवादात्मक उदाहरणों में चकत्तो में वा नाक की श्लेष्मल त्वचा में कुष्ठजंतु कभी-कभी मिलते हैं। सूक्ष्मदर्शक के एक क्षेत्र में पाये जाने वाले कुष्ठजंतुओं की संख्या के हिसाब से सकेताक्षरो के भागें—, +, ++, +++ चिन्हों द्वारा सूक्ष्मदर्शक-परीक्षा का निर्णय बतलाया जाता है। हाथ-पैर के पोरुए टेढ़े होगये हैं, ब्रण हैं और कुछ जंतु पाये जाते हैं, यह म, + से मालूम होगा।

उपर्युक्त वर्गीकरण-पद्धति साधारण उपयोग के लायक है। रोग का प्रकार, लक्षणों का स्वरूप और तीव्रता दिखाने को यह काफी है। खास कुष्ठवेत्ताओं के उपयोग के लिए अधिक सूक्ष्म और गुत्थियोवाली

निराली पद्धति का रवाज है । रोगी की रोग-स्थिति जाहिर करने के लिए शरीराकृति के चार्ट रखे जाते हैं, उसमें सपूर्ण और व्यवस्थित वर्णन रहता है । हर छठवें महीने नया चार्ट तैयार कर लेने से लक्षणों में होनेवाले परिवर्तन और चढ़ाव-उत्तार का ठीक अन्दाजा हो जाता है । उसकी तैयारी दवाखाने के क्षेत्र की बात है । तथापि तैयार किये हुए चार्ट से रोग-स्थिति की कल्पना थोड़े-से अभ्यास से साधारण पाठक को भी हो सकती है ।

पेसीजाल सबधी कुष्ठजंतु पर होनेवाली प्रतिक्रिया विभिन्न रोगियों में भिन्न-भिन्न प्रकार की होती है । इस प्रतिक्रिया का भेद वर्गीकरण करते हुए ध्यान में रखना चाहिए । वास्तव में इस भेद पर ही वर्गीकरण निर्भर है । ससर्ग का प्रसार पेशी में ससर्ग भिनने का प्रमाण, त्वचा और मज्जातंतु की विकृति का स्वरूप और व्याप्ति यह सब प्रतिकार-शक्ति पर अवलम्बित रहता है । वर्गीकरण-पद्धति में नया परिवर्तन करते हुए रोगी की प्रतिकार-शक्ति का अन्दाजा लगाने का प्रयत्न करना चाहिए । तब वह अधिक नयुक्तिक होगी ।

सतरहवां प्रकरण

कुष्ठजंतु का प्रतिकार

रुणक की जाच होजाने, रोग-निर्णय होजाने और वर्ग तय होजाने पर औषधोपचार का विचार करने के पहले इसका अन्दाज कर लेना चाहिए कि रोगी की प्रतिकार-शक्ति किस दर्जे की है । यदि वह क्षीण हो तो उसके कारण का भी विचार होना चाहिए । उसकी

ठीक-ठीक कल्पना हुए बिना औपधोपचार समाधानकारक नहीं हो-सकता । क्योंकि औपधोपचार का मुख्य उद्देश्य है रोगी का साधारण आरोग्य सुधारना और उसके द्वारा रोगप्रतिकार-क्षमता को बढ़ाना । अगर रोगी का साधारण आरोग्य खराब और रोग-प्रतिकार-शक्ति निर्बल है तो कोढ़ की सूझा देना वगैरह खास उपचार करते रहने से हित की अपेक्षा अहित ही होने की संभावना अधिक रहती है ।

प्रतिकार-क्षमता का नियमन करनेवाले मुख्य कारण

उत्तम अथवा क्षीण प्रतिकार का रुग्णको पर कैसा नतीजा होता है, इसका विवेचन पहले हो चुका है । क्षीण प्रतिकार के मुख्यतः तीन कारण हैं—(१)—कोमल वयस, (२)—अशक्तता और (३)—शरीर में कुष्ठजंतुओं का बेहद बढ़ना । इसके विपरीत कुष्ठजंतुओं का थोड़ा-सा ससर्ग होने पर उसके प्रतिकार करने की शरीर की शक्ति बढ़ जाती है, यह बात स्मरण रखने योग्य है ।

छोटे बच्चों को इस रोग के ससर्ग का डर अधिक-से अधिक है । यह बात पहले से मालूम हो चुकी है । कुष्ठी के सहवास में रहनेवाले बच्चों में सैंकड़े ४०-५० को रोग लगा पाया जाता है । वही प्रौढावस्था में सैंकड़े ४-५ को होता है । लेप्रालिन्^१ परीक्षा के आधार पर भी यही बात प्रकट होती है । बालक की एक साल की अवस्था में सबसे ज्यादा डर रहता है ।

१ लेप्रालिन परीक्षा—भर हुए कुष्ठजंतुओं को बहुत महीन पीस-कर उनकी बुकनी कर ली जाती है । उसे नमक के घोल (सोल्यूशन) में मिलाते हैं । उसमें थोड़ा कार्बोनिक एसिड डालते हैं । यह तैयार किया हुआ द्रव्य सूई से त्वचा में देते हैं । त्वचा के नीचे नहीं जाने देते । सूई देने के लिए केहुनी का ऊपरी हिस्सा पसन्द करते हैं । जिनमें अच्छी प्रतिकार शक्ति होती है उनके इस सूई वाली जगह पर एक गाँठ निकल

रोगी की प्रतिकारक्षमता का अंदाज लगाना

यह अंदाज लगाने के लिए रोगी की जांच करते हुए नीचे लिखे हुए विषय ध्यान में रखने चाहिए —

१—रोग का काल, (यह उसके इतिहास से मालूम हो जाता है) । रोग बढ़ने अथवा कम होने की गति का प्रमाण । (रुग्णक बहुत बार अनेक वर्षों तक सुप्त रहते हैं, अथवा अचानक एकवारगी विलक्षण गति से बढ़ने लगते हैं । रोगी की प्रतिकार-शक्ति में परिवर्तन होने पर ऐसा होना सम्भव है ।)

२—रुग्णको की सख्या, आकार और प्रकार (सीम्यकुष्ठ में उत्तम प्रतिकार होता है, कालकुष्ठ में कमजोर होता है ।)

३—रोगी का सामान्य आरोग्य, शरीर कमजोर करने वाले सहचारी रोग, आहार की योग्यता और प्रमाण, सामाजिक परिस्थिति और आदतें, व्यायाम, शरीरिक परिश्रम, विशेषकर रोगी की मानसिक स्थिति (इसमें आकलन शक्ति, निरोग होने का इच्छावत्, बराबर बिना घबराये दीर्घ और त्रासदायक उपचार लिये जाने की मन की तैयारी का भी इस बात में विचार करना चाहिए ।)

४—लेप्रालिन परीक्षा प्रतिकार शक्ति की जांच के लिए उपयोगी है । उससे पेशी की प्रतिक्रिया और इस तरह प्रतिकार क्षमता का पता चल जाता है ।

५—सेडिमेंटेशन परीक्षा करना भी उपयोगी है । साधारणतः रोगी की

१. सेडिमेंटेशन परीक्षा—एक पिचकारी में ०.३ घ. सें सोडियम-सिट्रेट का घोल लेते हैं । उसीमें रोगी की अशुद्ध रक्तवाहिनी में से (नीले में से) १२ घ सें रक्त खींच लेते हैं । फिर वह एकत्र मिलाकर एक पिपेट (काच की सूक्ष्म नली) में भर लेते हैं । इस पिपेट के ऊपर

अगस्तता बढने लगने और प्रतिकारशक्ति कम होने लगने पर सेडिमेंटेशन दर्शक (इन्डेक्स) बढने लगता है।

अनुभव, आग्रह और समय हुए बिना प्रतीकारशक्ति का अन्दाज एकरस नहीं लगाया जा सकता। उपचार शुरू करने के पहले या उपचार चालू रहने बीच-बीच में इसका विचार करना चाहिए। उपचार विनयी मात्रा में (जोड़ में) देना, ज़रूरत बढाना अथवा कब बन्द करना यह सब करने में भी इसका उपयोग होता है।

से नीचे तब १०० भाग किये हुए होते हैं। ऊपर के भाग में ० निशान बना रहता है। नीचे से ० इस निशान तक रक्त मिश्रित द्रव्य लेने से यह १ घंटे भरता है। इस पिपेट को एक खर के स्टैंड में खड़ा कर देते हैं। १॥ घण्टे में उसे देखने पर रक्त के गोल्फ अलग होकर नीचे तब में बचड़ा जमा हुआ दिखाई देता है। ऊपर का हिस्सा पानी के समान रंग रहित रहता है। फिर एक घंटे भर उस पिपेट को घंटे ही रख-रख देखने से लाल कचड़े का भाग नीचे गिरा हुआ दिखाई देता है। दोनों बार के नली पर के अंक मिलाकर उसका अनुपात निकालते हैं, इसे सेडिमेंटेशन दर्शक (इन्डेक्स) कहते हैं। इस परीक्षा से प्रतिकार शक्ति घटी है कि मुझी है, इसका पता चलता है। निरोगी मनुष्य में सेडिमेंटेशन दर्शक (मे. द.) १० के नीचे रहता है। रोगियों में यह ८० तक बढा हुआ पाया गया है। रोगी का यह से द बीच-बीच में देखते रहने से उसकी प्रतिकारशक्ति के उतार-चढ़ाव का अन्दाज होता रहता है। उसके हिसाब से औषधोपचार में बदल-बदल किया जा सकता है। डाक्टर के लिए यह परीक्षा मार्ग-दर्शक होती है। पर इसी पर मार्ग-दार-मदार नहीं रखना चाहिए।

अठारहवां प्रकरण

कोढ़ का उपचार

उपचार की दिशा

उपचार की दिशा दिखाने के पहले एक बात साफ कर देना आवश्यक है। प्रत्येक रोगी की स्थिति का स्वतंत्र व्यवस्थित परीक्षण करना चाहिए और प्रत्येक की ओर व्यक्तिगत ध्यान देना चाहिए, तभी उपचार में अधिक सफलता की आशा हो सकती है। उत्कृष्ट उपचार में दो बातें शामिल हैं (१) रोगी का साधारण आरोग्य सुधारना और प्रति-कार-शक्ति का प्रमाण बढ़ाना, (२) साधारण आरोग्य को गिरने न देकर जो खास (स्पेशल) उपचार प्राप्त हो वह जितना बढ़ाया जा सके उतना बढ़ाना। साधारण (जनरल) उपचार में जिन बातों से साधारण आरोग्य सुधरता है उन सब बातों का समावेश होता है। सहचारी रोग का दुरुस्त करना भी उसीमें है। कृष्ण-प्रतिक्रिया सरीखे प्रसंग में खास उपचार बन्द करके रोगी को आराम देना और प्रतिक्रिया को ठंडा होने देना शामिल है। खास उपचार में रोग-ससर्ग को मिटाने के लिए चालमुग्रा या हिड्नोकार्पस सरीखे खास द्रव्यों का उपयोग किया जाता है।

साधारण उपचार का महत्त्व भलीभांति नहीं समझा जाता है। उस पर जितना ज्यादा जोर दिया जा सके देना चाहिए। हम एक आरम्भिक काल के रोगी को जानते हैं, जैसे ही उसे अपने रोग का पता चला उसने अपने खेत में झोपड़ी डालकर रहना शुरू किया। शुद्ध हवा में रहना, खेत पर मेहनत करना, जो मिले वह ताजा भोजन करना, इसे उसने अपना नियम बना लिया। किसी काम के लिए घर नहीं जाता था। सिर्फ

बग्न घर ने मगाना था। दो बरस बाद उसका रोग बिना किसी दवा के अच्छा हो चला। यह थोड़ी नीम की पत्तिया खाता था। इनके सिवा उसने कोई दवा नहीं ली थी। इस उदाहरण में कोई अतिशयोक्ति नहीं है। उत्तम प्रतिकार हो और रोग आरम्भिक दशा में हो तो सिर्फ साधारण उपचार से भी रोग की रोक-थाम सम्भव है। दूसरों के लिए भी ऐसा नुसार सम्भव है। साधारण उपचार को घेत की जुताई कह सकते हैं। त्वाम उपचार ऊपर से बरसनेवाली वर्षा है। जुताई न की गई तो घरमान बेकार है, यह मत्र किमान जानते हैं। इस बात ने साधारण उपचार का महत्त्व ध्यान में आजाना चाहिए। नार्वे में १७० आदमियों के जर्मैरिंगा की बस्ती में भोजन का जिक्र पहले आ चुका है। उस उदाहरण ने भी साधारण उपचार का महत्त्व समझ में आ जायगा।

पर साधारण उपचार और त्वाम उपचार में व्यय भेद करने की जरूरत नहीं है। दोनों एक साथ चल सकते हैं। दोनों की उचित मात्रा और सामयिक रखने में सफलता की कुजी है। यह जान रखना चाहिए कि दोनों एक दूसरे के पूरक हैं। किसी भी त्वाम उपचार का परिणाम प्रतिकार-शक्ति को पहले तात्कालिक कुछ कम करना होता है।

सामान्य उपचार

कोढ़ का उपचार शुरू करने में एक नियम पर अधिक ध्यान देना चाहिए। दूसरा कोई भी रोग साथ हो तो पहले उसे सम्भालना चाहिए। इनके बिना कोढ़ का इलाज शुरू न करें। उपचार शुरू करने पर बीच में दूसरा रोग पैदा हो जाय तो पहले उसकी ओर ध्यान देना चाहिए। यथामुभव इस नियम का पालन होना चाहिए। इस बात की बहुत बार परवा नहीं की जाती। इनके कारण त्वाम उपचार का वास्तविक परिणाम सामने नहीं आता। जड़िया, अतिनार, हृद्रवत, मवाद आना,

कृमि रोग, सूजाक, गर्मी ये रोग हिंदुस्तान में कोढ़ के साथ प्रायः मिलते हैं। अशक्त और बारबार प्रतिक्रिया होनेवाले रोगियों का खास उपचार शुरू करना अहितकर है। इसके लिए अनेक महीने और बहुत बार कई वरस बाट देखनी पड़ती है। ऐसे रोगी पूरी मेहनत लेते हैं।

(क्षय-रोगियों की भांति कोढ़ियों को भी समशीतोष्ण जलवायु अनुकूल पड़ता है) विशेष नम नहीं। पसीना निकलने की क्रिया में गड़बड़ होने पर और त्वचा में दूसरे विकार उत्पन्न होने पर शरीर की उष्णता का नियमन करने का कार्य व्यवस्थितरीत्या नहीं होता। इसलिए बहुत गर्म और बहुत ठंडे जलवायु में शरीर पर विशेष जोर पड़ता है। वह प्रतिकूल होता है। उष्ण प्रदेश में जाड़ा शुरू होते ही रोगियों में सुधार नजर आने लगता है। इमो वजह से ठंडी जगह जाने पर भी यही परिणाम होता है।

सामान्य उपचार में आहार का विशेष महत्त्व है। वह रोगी के अनुकूल, युक्त, हल्का लेकिन पोषक होना चाहिए। काडलिवर आयल, थाइरायड, कुछ जीवनसत्त्व (विटैमिन्स) अथवा थोड़ा मोम्य हाइड्रोक्लोरिक अम्ल इत्यादि खास कारणों से डाक्टर देते हैं। पर भोजन में बहुत ज्यादा और बारबार फेर-फार न करके नियमितता रखनी चाहिए। बहुत चढ़ाव-उतार और अचानक फेरफार लाभदायक नहीं होता।

रोगी की दिनचर्या का विचार भी महत्त्व की चीज है। बहुत जोर न पड़ने देकर शरीर और मन को बराबर काम में लगाये रखना चाहिए। समय पर योग्य और पूरा विश्राम लेना चाहिए। रोग के लिए फिक्र करने की आदत छोड़ देनी चाहिए।

अनुकूल और खुली हवा में नियमित व्यायाम उत्तम आहार के समान ही जरूरी है। उसमें अति न करे, पर धीरे-धीरे बढ़ावे। स्नायु जितने





मजबूत होंगे उतना ही खान उपचार का अधिक परिणाम होगा, उसी हिसाब ने नुवार भी अधिक होगा। रोगी को आहार, व्यायाम और नियमित कार्यक्रम के बारे में सैनिकों के नियम-पालन की भाँति नियम पालना चाहिए। विशिष्ट प्रकार के व्यायाम अथवा आसन नियमित रूप से करने से हित होता है।

रोगी को सेडिमेंटेशन परीक्षा का फल और अपना वजन बीच-बीच में देखते रहना चाहिए। इसके घटने-बढ़ने का मतलब समझना चाहिए। इसके कारण की भी छानबीन करनी चाहिए। तापमान भी नोट कर लेना चाहिए। दूसरे कारण ने शक्ति में परिवर्तन हुआ देख पड़े तो उसका भी विचार करना चाहिए।

रोगी को विषय-मग ने दूर रहना चाहिए, उसने शक्ति क्षीण होती है। परन्तु उसके छोड़ने में मानसिक स्थिति न बिगड़ने देने का भी ध्यान रखना चाहिए।

अंतिम लेकिन महत्व की बात है कि रोगी का मन सदा प्रसन्न और उत्साही रहना चाहिए। बीनवें प्रकरण में इसका सविस्तर विवेचन मिलेगा। सामान्य उपचार व्यवस्थित लिया जा रहा है या नहीं, यह बताने के लिए प्रसन्न मन एक कसीटी की भाँति है। बुद्धिपूर्वक और न्वेच्छा ने रोगी डाक्टर को सहयोग देता है तभी सफलता की आशा रहती है। सामान्य उपचार का मार इसी सहकार्य में है। कोढ़ के मवध में रोगी को अधिक-से-अधिक जितना ज्ञान मिल सके मिलना हितकर है।

खास उपचार

अनुभव की कमीटी पर कमी हुई कोटियों के लिए इस समय अधिक-से-अधिक खास उपचार में काम में लाई जानेवाली दो दवाइयाँ

है, हिडनोकार्पस^१ अथवा चालमुग्रा तेल ॥ यह सूई में इजेक्शन के रूप में खाल में देते हैं, स्नायु में भी सूई दी जाने में हर्ज नहीं है। शिरा में (नील अथवा अशुद्ध रक्तवाहिनी में) नहीं दिया जा सकता। इसी के साथ इन दिनों एक खास सूई के द्वारा सिर्फ त्वचा में देते हैं। सूई इतनी छोटी होती है कि त्वचा के नीचे नहीं पहुँचती। इन त्वचा में की छोटी सूइयों का स्पर्शशून्य चकत्तो पर अच्छा और तात्कालिक परिणाम जान पड़ता है। ये दोनों प्रकार की सूइया (सूचिकाभरण, इजेक्शन्स) साथ ही ली जाती हैं। रोगी की विशिष्ट परिस्थिति के अनुकूल ऐसी अधिक-से-अधिक मात्रा हफ्ते में एक बार लेने का रिवाज अधिक है। पर थोड़ी मात्रा में दो बार लेने की अपेक्षा अच्छा है कि अधिक-से-अधिक मात्रा एक बार में ही ले ली जाय। त्वचा की छोटी सूई स्पर्शशून्य चकत्तो के अलावा दूसरी जगह लेने में भी हर्ज नहीं है। रोगी को थोड़ी-सी तकलीफ तो होती है। पर रोगी लेने को उत्सुक हो तो कही भी दी जा सकती है। कोढ़ की गाँठ पर उसका खासा असर होता है। गाँठ दबने लगती है।

वाह्य उपचार में रोगी के लिए कुष्ठविकृत त्वचा पर चालमुग्रा तेल की मालिश करना और उसपर सूर्य-किरणों का सेवन लाभदायक है। मोटी, ऊबड़-खाबड़ अथवा विकृत दीखनेवाली त्वचा और कुष्ठग्रथि को साफ कर देने के लिए ट्रायक्लोअर असेटिक् अम्ल लगाते हैं। उसका उचित मात्रा में समझकर उपयोग करना चाहिए। वह जहरीला होता है।

नाक में अनेक रोगियों को सडान की तकलीफ होती है। उन्हें दिन में एक-दो बार 'इ सी सी ओ', का फाहा लगाना चाहिए। वदवू आवे

१. इस नाम का एक जंगली पेड़ है। उसके फलों के बीज से यह तेल निकलता है। मद्रास, आसाम, ब्रह्मदेश, श्याम, बाजिल वगैरा में पाया जाता है।

तो 'क्रोमिक अम्ल' का फाहा अच्छा है। घाव हो तो वोकर वोरिक मरहम लगानी चाहिए।

कोढ़ियो के सहवास में रहनेवालो को हाथ वगैरा धोने के लिए 'लायमोल' का धोल उपयोग करना चाहिए। फर्श और लकड़ी का सामान वगैरा अधिक तीक्ष्ण धोल से धोना चाहिए। लायसोल विपैला पदार्थ है, मुह में जाने से बचना चाहिए।

उपचार सबधी उपर्युक्त जानकारी साधारण पाठको को अथवा रोगियो को होनी जरूरी है। उपचार की पद्धति, द्रव्य, समय, मात्रा का प्रमाण इत्यादि तज्ज्ञ डाक्टरों को मालूम रहता है। यहा उसके व्यौरे में उतरने की जरूरत नहीं जान पडती। मज्जातत्त्व की खराबी, विशिष्ट अवयवों के रणक और कुष्ठ-प्रतिक्रिया के उपचार का व्यौरा साधारण पाठको की मर्यादा के बाहर की चीज है। पीछे वर्णन की हुई प्रत्येक विकृति का उपचार की दृष्टि से विचार होता है, पर यहा उसकी जरूरत नहीं है।

कुष्ठ-प्रतिक्रिया के बारे में सिर्फ एक सूचना दे देना आवश्यक है। उस समय नित्य का खास उपचार, सूझा वन्द रखनी पडती है, पूरा आराम लेना पडता है। बहुत बार बिना किसी उपचार के केवल आराम लेने से ही वह अपने आप दब जाती है। लक्षणों के बढने से डरकर रोगी अधिकाधिक उपचार लेने का विशेष आग्रह करता है। उसका नतीजा बराब होता है। जानकारी की सलाह मिलनी संभव हो तो लेनी चाहिए। आवश्यकता जान पडने पर वह उपचार करेगा। यो, रोगी का कोठा नाफ रखना चाहिए, खान-पान हलका लेना चाहिए पूरा आराम लेना चाहिए। उस वक्त उपचार करने की परेशानी में बिलकुल नहीं पडना चाहिए।

कोढ़ रोग में खानेवाली कोई दवा नहीं है। कुछ रोगियो को

किसी पीने की दवा के बिना तसल्ली नहीं होती। उनकी यह खाम-खयाली दूर करनी चाहिए। शक्ति-वृद्धि के लिए पौष्टिक (टानिक्स) लेने में हर्ज नहीं है। सिर्फ जिन पौष्टिकों से शरीर में बहुत जलन बढ़ती हो वे वर्जित हैं। उनसे लाभ के बदले हानि होती है।

शक्ति घटने न देना और शरीर में दाह न बढ़ने देना ही मुख्य पथ्य है। फिर से कोढ़ रोगी का सहवाम न होने देना भी उतना ही जरूरी है। अन्यथा उपचार का वास्तविक परिणाम नहीं हो पाता।

योग्य समय पर उपचार शुरू हो जाने से कोढ़ असाध्य नहीं है। उपचार के बारे में एक बड़ी कठिनाई है उसको बहुत दिनों तक चलाने की जरूरत की है। फौरन ही कोई जादू का-सा असर होने की उम्मीद नहीं की जा सकती। लगन से किये जाने पर उपचार अवश्य हितकारक साबित होता है। रोगी को यह नहीं भूलना चाहिए कि विज्ञापनी दवाइयों के फेर में पड़कर ऊटपटांग उपचार की अपेक्षा केवल साधारण उपचार चालू रखना अधिक श्रेयस्कर है।

उपचार का काल और परिणाम

कोढ़ का उपचार-काल बहुत लम्बा होता है। आधुनिक सुधारों के कारण उसकी अवधि बहुत कुछ घट गई है। फिर भी जिन रोगियों में रोग पूरी तरह भिन गया है, उन्हें ३ से ५ वर्ष तक भी इलाज जारी रखना पड़ता है। आरम्भिक रोग में तो कुछ महीनों के बाद ही अच्छा सुधार संभव है। आमतौर से १०० सूई लेने की जरूरत हो सकती है। जितनी जल्दी इलाज शुरू होगा उतना ही अधिक फायदा होगा और इलाज में दिन भी कम लगेंगे। यह अच्छे लक्षण है। इधर आरम्भिक अवस्था में यथासंभव शीघ्र इलाज कराने के लिए रोगी अग्रसर होने लगे हैं। रोग का प्रकार, रोग शुरू होने के बाद बीता हुआ

समय और रोगी की प्रतिकार-शक्ति के अनुसार उपचार कम-ज्यादा दिनों लेना पड़ता है ।

विशिष्ट उदाहरणों में उपचार कितने दिनों लेते रहना चाहिए यह जानने के लिए रुग्णको की तीन दशाएँ जाननी चाहिए । (१) जागृत अथवा क्रियाशील रुग्णक, (२) सुप्त अथवा अक्रियाशील रुग्णक और (३) निरुद्ध अथवा ठड़े पड़े रुग्णक । इनके भेद पर ध्यान देने की जरूरत है ।

क्रियाशीलता के लक्षण निम्नलिखित कहे जा सकते हैं —

१—रुग्णको के आकार और तादाद में घट-बढ़ होना ।

२—रुग्णको पर सुखी और मोटाई आना ।

३—मज्जातनु मोटे हो या न हो, उनमें मुलायमियत होना

४—त्वचा या इलेप्मल त्वचा में कुष्ठजतु का मिलना ।

जबतक ये लक्षण पाये जाय तबतक उसे जागृत रुग्णक समझना चाहिए । जब लगातार ६ महीनों तक इन चारों में से कोई भी लक्षण दिखाई न दे तब उस रुग्णक को 'सुप्त' समझना चाहिए । 'सुप्त' रुग्णक जब उसी हालत में दो साल तक रह जाय तब उन्हें निरुद्ध अथवा 'ठड़े पड़ गये' कहते हैं । कोढ़ में रोगी 'निरुद्ध' (अरेस्टेड) होगया इतना ही अधिक-से-अधिक कहा जायगा, 'रोगमुक्त' (क्योर्ड) शब्द का इस्तेमाल नहीं किया जायगा । कारण, शरीर में रोग-ससर्ग का जरा भी लवलेह नही रह गया, यह जानने का कोई साधन प्राप्त नहीं है ।

जबतक रोग क्रियाशील है तबतक इलाज जारी रखना चाहिए । सुप्त अवस्था में चले जाने पर भी आगे छ महीने तक जारी रखना चाहिए । उसके बाद इलाज बंद करके रोगी को निरीक्षण में रखा जाना चाहिए । हर तीसरे महीने उसकी परीक्षा होनी चाहिए । कारण,

रोग के वापस लौटने की संभावना रहती है। शक पैदा होते ही इलाज शुरू कर देना चाहिए। ठंडा पड़ने पर सौम्यकुष्ठ के रोगी को एक वर्ष तक निरीक्षण में रखना चाहिए। कालकुष्ठ के रोगियों को सात वर्ष तक रखते हैं। ठंडा पड़ने के बाद भी साधारण तन्दुरुस्ती गिरने पर प्रायः रोग सिर उठाने लगता है। इसमें मालूम होता है कि स्वाम उपचार बंद करने के बाद भी साधारण उपचार चालू रखना कितना जरूरी है।

साधारणतः देखा जाता है कि बाहर रहकर उपचार लेने की अपेक्षा रुग्णालय में रहने पर रोगी को अधिक अथवा शीघ्र फायदा होता है। इसलिए घर रहनेवाले रोगियों को भी उचित है कि जहां तक संभव हो रुग्णालयों की दिनचर्या के हिसाब से आहार-विहार रखने का आग्रह रखे।

उन्नीसवां प्रकरण

साध्यासाध्य-विचार

रोगी कोढ़ की बलि तो शायद ही चढ़ते हैं। उसकी वजह से पैदा होने वाली दूसरी गुत्थियां अथवा दुर्लक्ष के कारण ही वह प्रायः मरता है। कोढ़ वैसा घातक या तडफड़ जान लेने वाला रोग नहीं है। उसकी सौम्य रोगों में ही गिनती है। इसकी साधारण पाठको को ही नहीं, वैद्य-डाक्टरों को भी खबर नहीं होती। थोड़ों को ही इसका पता होता है कि किसी खास इलाज के बिना भी शुरू के रोगी अच्छे किये जा सकते हैं। समाज में इसके बारे में जो डर फैला हुआ है वह रोग के कारण

पैदा होनेवाली व्यग्रता, कुरूपता और समाज में होनेवाले तिरस्कार के कारण है। यद्यपि यह रोग स्पर्शजन्य है तथापि इसकी स्पर्श-जन्यता भी ऐसे ही नौम्यरूप की है। इस वजह से इसका साध्यासाध्य-विचार (प्राग्नासिस) शायद दूसरे रोगों की अपेक्षा अधिक महत्त्व की चीज होगी।

इस साध्यासाध्य-विचार के दो अंग हैं। (१) उनके नम्रान्व में विचार। जो ससर्ग में आये हुए है (समृष्ट), पर अभी सिर्फ रोग-लक्षण जाहिर नहीं हुए हैं, ऐसे उदाहरणों में रोग प्रकट होने की कितनी संभावना है, इसका मुख्य रूप में विचार करना पड़ता है। (२) उन रोगियों के संबंध में विचार कि जिनमें रोग-लक्षण प्रकट हो गये हैं। रोग दुरुस्त होने की कितनी संभावना है। दुरुस्त होने में कितना समय लगेगा? रोग फिर से शुरू होने की संभावना रहेगी क्या? दुरुस्ती हो गई तो भी व्यग्रता रहेगी या नहीं? इन प्रश्नों का विचार नम्रान्व दो में आता है।

इन दोनों अंगों का विचार करने की दिशा एक ही है। उपर्युक्त प्रश्नों का उत्तर देते समय छ बातों को लक्ष्य में रखने की जरूरत है—(१) उम्र, (२) रोग का प्रकार, (३) वंश, (४) रोग का समय और उसके चढ़ाव-उतार की गति, (५) रोग-प्रतिकार-शक्ति, (६) साधारण शरीर प्रकृति अथवा आरोग्य।

(१) छोटी उम्र में सुधार होने की संभावना प्रौढ़ों की अपेक्षा कम होती है। छोटे बच्चों को नौम्यकुष्ठ के चकत्ते होने पर उसमें सुधार होना मुश्किल नहीं है। उलटे अधिक विकृत स्वरूप धारण करने की संभावना रहती है।

(२) कालकुष्ठ की अपेक्षा सौम्यकुष्ठ में सुधार होने की

सभावना अधिक है । प्रौढो में मौम्यकुष्ठ होने पर सुधार की विशेष आशा रखने में हर्ज नहीं है । कालकुष्ठ के आरम्भ के उदाहरण में भी आशा कम ही रखनी चाहिए । मौम्यकुष्ठ में भी सूक्ष्मग्रथिल प्रकार में सुधार की अधिक सभावना रहती है । मज्जातनु में विशेष मसर्ग न पहुँचे हुए सादे मडलो के कालकुष्ठ में बदल जाने की अधिक सभावना रहती है । इसलिए उसका सुधार अपेक्षाकृत दुष्कर होता है ।

(३) भिन्न-भिन्न वशों में (जाति-भागों में) कमोवेश उग्र रूप धारण करने की प्रवृत्ति में भिन्नता पाई जाती है । इस सवध में अभी तक कोई पक्की बात नहीं मिली है । यूरोपियन अथवा ऐंग्लोइंडियनों की अपेक्षा भारतीयों में रोग साधारणतः मौम्यरूपी पाया जाता है । भारतीयों की रोग-प्रतिकार-शक्ति भी ऊँचे दर्जे की होती है । चीनी, और जापानियों में भी वह हिंदुस्तानवालों की अपेक्षा साधारणतः ज्यादा जोर पकड़ता है । हिंदुस्तानियों की अपेक्षा बर्मियों में वह अधिक उग्ररूप धारण करता पाया जाता है ।

(४) थोड़े दिनों के रुग्णक शीघ्र सुधर जाते हैं । अधिक दिन हो जाने पर ज्यादा वक्त लगता है । स्थिर रुग्णक में आशा की अधिक गुंजाइश है । जिसमें चढ़ाव-उतार और वह भी अचानक या तीव्रगति से होता है उनमें उस हिसाब में सुधार देरतलब होता है । ऐसे उदाहरणों में सुधार हो जाने पर भी फिर रोग होने का डर अधिक रहता है ।

(५) रोग-प्रतिकार-शक्ति के सवध में १७ वें प्रकरण में विवेचन हो चुका है । इस विषय का निर्णय करने में लेप्रालिन परीक्षा यथेष्ट उपयोगी है ।

(६) दुर्बल काठी वाले रोगियों से मजबूत दोहरे बदन वालों के सुधार की सभावना अधिक है । गाव की सादी रहन-सहन और खाली

हवा में परिश्रम के कारण निकृष्ट आहार होने पर भी उनकी प्रतिकार-शक्ति अच्छी रहती है। मजबूत स्नायुवाला रोगी औषधि की अधिक मात्रा आसानी से पचा सकता है।

रोगी की दृष्टि से यह प्रश्न महत्वपूर्ण है कि हाथ पैरों पर या चेहरे पर व्यग्यता आवेगी या नहीं। विलकुल आरम्भिक अवस्था में उपचार शुरू हो जाने और फिर व्यवस्थित रूप से जारी रहने से व्यग्यता आने की संभावना कम रहती है। इस सवच में विशिष्ट प्रकार के व्यायाम का विशेष महत्त्व है। जिनके स्नायु अच्छे बने हुए हैं और जो नित्य व्यायाम करते रहते हैं ऐनों को हाथ-पैरों की पगुना की विकृति शायद ही होती है। बहुत बड़ी हुई हालत के उदाहरणों में कुछ स्पर्शगून्ध्यता और सूक्ष्म स्नायु में होनेवाली पोषण संबंधी विकृति सहसा दूर नहीं होनी, वह स्थायी होती है। पर उसे रोग के जाग्रत लक्षणों में गिनने की जरूरत नहीं है। उसे पूर्वरोग का अवशेष समझना चाहिए। म. भा. ५८७.

वीसवां प्रकरण

कोढ़ी की मन स्थिति

‘कोढ़ी’ शब्द एक तरह की गाली ही है। वर्तमान समय में इस शब्द का प्रयोग जो इस रोग के पजे में फन जाते हैं उन्हें लोग गालियाँ देते हैं और उनसे नफरत करते हैं। लोगों का खयाल है कि कोढ़ी मनुष्य दुष्ट और पापी न होता तो भगवान ने उसे इतनी बड़ी मजा क्यों दी होती। समाज कोढ़ियों को धिक्कार-दृष्टि से निहारता है। कोढ़ी के मन पर इसकी प्रतिक्रिया (असर) हुए बिना नहीं रहती। यह प्रतिक्रिया ही कोढ़ी की नाजुक और कमजोर मन स्थिति का कारण होती है।

किसी मीके पर रोगी से थोड़ी सहानुभूति दरसाने के सिवा अज्ञान या आलस्य के कारण उसे सब जगह हिलने-मिलने देने के अतिरिक्त और साधारणतः उसे लोग परे-परे ही रखते हैं, पास नहीं फटकने देते । समाज में उसके बारे में इस तरह की मनोभावना पैदा होने के कारणों पर विचार करना उपयुक्त जान पड़ता है । कोढ़ रोग की अति सासर्गिकता के (बहुत छुतहेपन के) कारण ऐसी भावना पैदा होती हो सो बात नहीं है । इंग्लैंड में कोढ़ लक्ष्य देने योग्य (नोटिफाएबल) रोग नहीं माना जाता, बल्कि क्षय के ससर्ग फैलानेवाले रोगियों पर विशेषतया ध्यान रखा जाता है । कोढ़ की अपेक्षा क्षय निस्संदेह बहुत ही अधिक सासर्गिक रोग है । फिर भी समाज को क्षय से कोढ़ जितना डर नहीं लगता ।

फिर इस डर लगने का कारण क्या है ? कारण है, कोढ़ से श्वकल विगड जाना, मनुष्य के व्यक्तित्व को व्यक्त करनेवाले अवयव हाथ और चेहरे में खराबी आ जाना जिनकी बीमारी भयकरता को पहुँची हुई होती है उनमें कुछ की ओर तो ताका तक नहीं जाता । बीमार होने पर भी वह कभी खाट नहीं पकड़ता । गावभर में भटकता रहता है । यह रोग तडफड में ले लेने वाला, घातक नहीं होता । पता नहीं इसे गुण समझा जाय या दोष । इसकी वजह से रोग की भीयाद लबी,—बहुत लबी होती है । रोगी जीने से ऊब जाता है, पर रोग की उससे उल्टी दोस्ती बढ़ती दिखाई देती है । उसपर कोढ़ का आक्रमण हुआ है या सिर्फ वाघा, यह समझ में न आने पर भी वह कोढ़ी के नाम से प्रसिद्ध हो जाता है । अघे, बहरे, गूगे या पागलो का जैसे एक वर्ग बन जाता है वैसे ही इनका भी एक स्वतंत्र वर्ग हो जाता है । अतः इतना ही होता है कि बहरे-गूगे की अपेक्षा इनसे ही नहीं इनके नाम से भी लोगो को डर लगता है । कोढ़ियों में ऐसी विकृत अवस्था में थोड़े ही पहुँचते हैं, पर

साधारण समाज में प्रमाण या प्रकार का तारतम्य नहीं है। उसे कोढ़ी-मात्र से नफरत होती है। यह एक^१ बार की घर की हुई भावना ज्यो-की-त्यो जारी रहती है।

समाज की ऐसी वृत्ति का रोगी की मन स्थिति पर स्थायी परिणाम होता है। पहले तो वह रोग को छिपाता है। जरा भी निशान किसी को दिखाई न पड़ जाये, इस डर से बेचारे का मन सशक्त रहता है। इसके कारण निरतर का मानसिक आरोग्य और प्रसन्नता जाती रहती है। आगे चलकर जैसे-जैसे रोग जाहिर होने लगता है और समाज में उसे तिरस्कार और बहिष्कार सहना पड़ता है, वैसे-वैसे उसके मन में हीनता की भावना बढ़ने लगती है। इसी समय कहीं अगर उसका काम-धंधा छूट गया और उसे दूसरे की दया या भीख पर निर्वाह करना पड़ा तो उसके स्वाभिमान की भावना को भारी चोट पहुँचती है। पूरा स्वाभिमानशून्य न होने पर भी हताश तो हो ही जाता है। रोगी जितना भुग्न और कुलीन होता है उसे उतनी ही अधिक मानसिक व्यथा होती है।

यह सिद्धांत है कि मानसिक स्थिति कमजोर होते जाने देने से शारीरिक स्थिति भी कमजोर होती जाती है। उसकी वजह से रोगी की रोग-प्रतिकार-शक्ति क्षीण हो जाती है। वह जैसे-जैसे कम होती जाती है वैसे-वैसे उसका रोग बढ़ता है, और रोग छिपाने का उपाय नहीं रह जाता। वह अगर जल्दी ही जाहिर होगया तो बहिष्कार अधिक प्रमाण में प्रकट होने लगता है। इस प्रकार अनर्थ परंपरा का चक्र चालू होजाता है। मनुष्य जहां हताश हुआ, भविष्य की आशा न रही, जग से और व्यवहार से प्रत्यक्ष वंचित हुआ वा होने का डर ही मन में पैठा कि मन और साथ ही शरीर भी छीजना शुरू हो जाता

है। कुछ दिनों वह बेकार रहता है और फिर काम करने में असमर्थ भी हो जाता है। स्वतः हताश, समाज के लिए निरूपयोगी जीवन खुद के और समाज के दोनों के लिए भारभूत हो जाता है। जीता है पर आशा और स्वाभिमान मर जाता है। यह मरण से भी बदतर मरण है।

रोगी की मन स्थिति के ये विचार अतिशयोक्तिपूर्ण नहीं हैं। कुष्ठ-निवास के रोगियों की, मानसिक रोगदृष्टि से जाच करने पर यह भली-भांति प्रकट हो जाता है। ऐसे रोगियों में सैकड़े २० से २५ रोगी किसी-न-किसी मानसिक विगाड से पीड़ित पाये जाते हैं।

इसके सिवा कोढ़ में एक और खास बात है। अपेंडिसाइटिस सरीखे रोग का सुधरना शस्त्रक्रिया करनेवाले डाक्टर की होशियारी पर निर्भर करता है, विषमज्वर में शुश्रूषा करनेवाले पर, और कोढ़ स्वतः रोगी पर निर्भर करता है। डाक्टर और दूसरे हितचिंतक कितनी ही मदद क्यों न करें, रोगी की दिनचर्या और प्रयत्न ही उसे रोगमुक्त कर सकते हैं। कोढ़ के ससर्ग से पेणियों की प्रतिकार-शक्ति जब घटती है तब घटती है, पर रोगी का मनोबल और प्रयत्न करने की प्रेरणा तो पहले ही घट जाती है। इसलिए प्रयत्न करके वह सुधरता नहीं, यही नहीं बल्कि वह प्रयत्न के लिए तैयार भी नहीं होता। जैसे नदी में पड़ा मनुष्य डर जाता है तो वजाय इसके कि किनारा पकड़े अधिक गोते खाने लगता है, वैसे ही भयभीत और हताश हुआ रोगी गडबडाने लगता है। समाज के तिरस्कारपूर्ण व्यवहार से वह अधिक हतबुद्धि होजाता है। प्रत्यक्ष रोग से जो शारीरिक वेदना होती है उसकी अपेक्षा समाज के इस तिरस्कारयुक्त व्यवहार से उसका दुःख दुस्सह हो जाता है। शरीर से बलवान दिखाई देने पर भी मन से वह दुर्बल हो जाता है।

इसलिए ऐसे रोगियों को 'अमागा' अथवा 'करुणा-पात्र' कहने के

बजाय उनसे सहानुभूति और सहृदयता का व्यवहार होना चाहिए । मनुष्यता और भूतदया के नाते ही नहीं बल्कि रोगी की प्रतिकार-क्षमता को प्रोत्साहन देने के विचार से भी ऐसा व्यवहार करना दूसरो के लिए फर्ज हो जाता है । ऐसे रोगियो की स्थिति सुधारने के लिए क्या समाज उनसे विवेकयुक्त प्रेमपूर्ण वर्ताव नहीं कर सकता ?

इक्कीसवां प्रकरण कोढ़ का प्रतिबंध

प्रतिबंध के मूलतत्त्व

कोढ़ सासर्गिक (छूत का) रोग है । सासर्गिक रोगी के स्पर्श से वह निरोगी व्यक्ति को लग जाता है । बच्चों को इस प्रकार से रोग-संसर्ग होने का बड़ा डर रहता है ।

दूसरे सासर्गिक रोगों में जिन तत्त्वों के आधार पर प्रतिबंधात्मक उपाय किये जाते हैं उन्हीका अवलंबन कोढ़ में भी किया जाता है । नीचे लिखे उपाय अमल में लाये जाते हैं—

१—सासर्गिक रोगियो से दूसरो का सहवास बचाने के लिए उन्हें अलग रखना ।

२—रोगियो को असासर्गिक बनाने के लिए उनका इलाज करना ।

३—समाज के सब व्यक्तियों को अथवा सहवास में जानेवाले (संसृष्ट) व्यक्तियों को कृत्रिम उपायो से रोग-निर्भय (इम्युनाइज) करना ।

४—संसर्ग लगने न देने के लिए सामाजिक और आरोग्य-विषयक परिस्थिति में सुधार करना ।

५—लोकमत तैयार करने और प्रतिवधात्मक उपायो में लोगो के स्वेच्छा से हाथ बटाने के लिए प्रचार द्वारा समाज में रोग के सबध में जानकारी फैलाना ।

अन्य रोगो में उपयोग में आनेवाले ये सब उपाय दुर्भाग्यवश कोढ़ के सबध में अमल में नहीं लाये जाते । अभीतक कोई ऐसा परिणामकारी इलाज हाथ नहीं लगा है कि जिससे सासर्गिक रोगी बहुत शीघ्र असासर्गिक हो जाय । इस वजह से कोढ़ के प्रतिवध में उपचार का प्रत्यक्ष उपयोग नहीं है । उसी प्रकार टीका (इनाक्युलेशन) इत्यादि के द्वारा कोढ़ से दूसरो को रोग-निर्भय भी नहीं किया जा सकता है ।

तब अलगाव (सेग्रेगेशन), आरोग्य-विषयक-सुधार और लोक-शिक्षण द्वारा प्रचार यही तीन उपाय बच रहते हैं । प्रत्यक्ष प्रतिवध के लिए उपचार का उपयोग यत्किंचित ही होने पर भी उपर्युक्त तीनों उपायो को लोकप्रिय बनाने में उसकी अप्रत्यक्षरूप से खासी सहायता मिलती है ।

सार्वगिक रोगियो को अलग करने के लिए समाज में के सारे रोगियो की लिस्ट बनानी पडती है । विशेषज्ञ से प्रत्येक रोगी की जाच कराने की जरूरत होती है, उनमे से सासर्गिक और असासर्गिक को छाटना पडता है । समाज से सासर्गिक रोगी का अलग करना आसान नहीं है । वैसे ही समाज में सासर्गिक रोगी कितने हैं और कौन-कौन हैं यह तय करना भी सहज नहीं है ।

सार्वजनिक आरोग्य के सुधार का सवाल समाज की आर्थिक, सामाजिक और राजनीतिक परिस्थिति के साथ गुथा हुआ है । इसके लिए एक तरह से समाज की सर्वांगीण उन्नति होने की जरूरत है ।

लोकशिक्षक और आरोग्य-दूतों (हेल्थविजिटर) की स्वेच्छा से सहायता मिले तो प्रचार का प्रश्न कठिन नहीं है ।

दूसरे देशों में कोढ का प्रतिवध

जहाँ रोगियों की संख्या एक हृद के अन्दर है और आवश्यक आर्थिक सहायता मिलने में अट्ठचन नहीं है उन देशों में ज़ामतीर में अनिवार्य रूप में उन्हें अलग करने पर जोर दिया जाता है । यह अलगाव साधारणतः कुष्ठनिवास सरीखी सत्यालों के माफ़न होता है । कुछ देशों में अनुकूल परिस्थिति मिलने पर घर के घर में ही अलगाव किया गया है । एशिया और अफ्रीका के कुछ देशों में कुष्ठग्राम बसाने की पूर्वापर प्रथा दिखाई देती है ।

इन अलगाव का नतीजा अलग-अलग हुआ है । जहाँ लोकमत अच्छा अनुकूल मिला जैसे नावों में, वहाँ अलगाव में अच्छी कामयाबी हुई है । जहाँ लोकमत का जोर नहीं रहा वहाँ यथासंभव कायदे को टाटने की प्रवृत्ति रही है । सामाजिक रोगियों को अलग करना मानवदया का कार्य है यह न समझकर रोगियों के रोग छिपाने में हमारे लोग उल्टे मदद करने लगे । ऐसे देशों में यह प्रयोग निष्फल सिद्ध हुआ । जापान, फिलिपाइन्स मरीखे कुछ देशों में बीच के दर्जे की कामयाबी रही ।

इधर अलगाव पहले में अधिक लोकप्रिय होने लगा है । एक बार अलग किये गये कि फिर समाज में वापस लौटने की उम्मीद गई, यह धारणा बदल रही है । आधुनिक उपचार से बहुतेरे रोगियों को समाज में वापस लौटने की आशा होने लगी है । इन दिनों के कुष्ठनिवास पहले जैसे कैदखाने नहीं रह गये हैं । वे यथासंभव रमणीय, हवादार स्थानों में बसाई बस्ती जैसे हैं । दूसरी वजह है, उन देशों में पति-पत्नी

को जबरदस्ती से अलग नहीं करते। जन्मते ही वच्चों को अलग करके उसके सवर्धन का प्रवर्ध किया जाता है। जापान सरीखे कुछ देशों में सतति न होने देने के लिए पुरुष पर एक प्रकार की शस्त्रक्रिया करते हैं और उसके बाद उन्हें एकत्र रहने देते हैं। पहला उपाय बड़े खर्च और जोखिम का है, दूसरे के सर्वत्र लागू होने में सामाजिक अड़चने हैं।

दूसरे देशों की आरोग्य विषयक मुद्धार और शैक्षणिक प्रचार इन दोनों उपायों की पद्धति के सवर्ध में विचार करने की यहाँ आवश्यकता नहीं है।

हिंदुस्तान में प्रतिबंध

हिंदुस्तान में इस सवर्ध में तीन विचारों के लोग मिलते हैं। कुछ पूरे निराशावादी दिखाई देते हैं। उनका कहना है, कोढ़ का प्रश्न बड़ा विकट है। उसको रोकने के साधन अपने यहाँ बहुत ही अल्प हैं। समाज अत्यंत दरिद्रावस्था में है। सामाजिक और आरोग्य विषयक परिस्थिति बहुत निकृष्ट है। आज की इस परिस्थिति में प्रयत्न करना फजूल है, इसमें कुछ होने-जाने को नहीं है। कुछ बड़े आशावादी हैं। आधुनिक उपचार में कुछ थोड़े से सुधारों की ओर देख कर यह प्रतिपादन करते हैं कि देश में सब जगह उपचार-केंद्र खोल देने चाहिए, रोग दूर हो जायगा। तीसरे हैं जो दोनों सिरों को छोड़कर मर्यादा समझकर प्रयत्न करनेवाले हैं। यह प्रश्न कितना विशाल और कठिन है, इसका उन्हें पूरा ज्ञान है। वे जानते हैं कि प्रतिबंध में उपचार का उपयोग नहीं के बराबर है। छोटे वच्चों को सासर्गिक रोगियों से अलग किये बिना इस रोग की रोक-थाम नहीं हो सकती, यह वे अच्छी तरह जानते हैं। पचीस-पचास बरस में भी वे कोई आश्चर्यकारक परिणाम दिखाने की उम्मीद नहीं करते। हा, उनका यह विश्वास है कि

योग्य दिशा में कार्य करते रहने से उसमें समाज का स्थायी कल्याण है, और रोग को वश में लाने में कदम आगे पड़ेंगे । इसके लिए हिंदुस्तान में जगह-जगह निम्नलिखित उपायो पर अमल करना चाहिए

(१) प्रचार

साधारण जनता में इस विषय का सही-सही ज्ञान फैलाना चाहिए । इसके बिना इस काम में विवेकपूर्ण लोकमत का बल पाने की आशा नहीं है । आज तो इस सबध में लोकमत उदासीन है । किसी एकाध वर्ग को ही नहीं सारे समाज को मिलकर इस प्रश्न के सबध में जागृत होना चाहिए । इनके बिना रोग की रोक में कामयाबी नहीं हो सकती ।

(२) कार्यकर्ताओं की शिक्षा

इन विषय के जानकार डॉक्टर, परिचारक और आरोग्यदूतों की तादाद बढ़ानी चाहिए । इसके लिए उनकी तालीम का प्रबध करना चाहिए ।

(३) अलगाव की कोशिश

कुष्ठनिवाम सरीखी मस्याओं के द्वारा अलगाव आदर्शरूप से हो-सकना है । आज हिंदुस्तान में जो ऐसी ५०-५५ सस्याएँ हैं उनमें १०,००० रोगी अलग करने का सुभीता है । हिंदुस्तान में १५ से २० लाख कोढ़ी होने की कल्पना है । अगर उनमें सैंकड़े २० सासर्गिक माने जाय तो उनकी मख्या ३ लाख में ऊपर जायगी । इतनों के लिए ऐसी सस्या स्थापित होना अमभव-भा दिखाई देता है । तथापि प्रत्येक रोगग्रस्त भाग में ऐसी एक सस्या तो जरूर होनी चाहिए । उसमें रोगियों की परीक्षा, उपचार, अलगाव और कार्यकर्ताओं के शिक्षण इत्यादि की सुविधा होनी

चाहिए। आज ऐसी सस्थाएँ हो चाहे कम पर उनमें अलगाये हुए सब रोगी सासर्गिक ही नहीं हैं। अपाहिज विद्रूप रोगी, (वन्टे आऊट केसेस) मार्मिक न होने पर भी उन सस्थाओं में भरती कर लिये गये हैं। भूतदया की दृष्टि से ऐसे अपाहिजों का भी सुभीता करना जरूरी है तथापि ऐसी सस्थाओं में केवल मार्मिक रोगियों का रखना आरोग्य-दृष्टि में अधिक अच्छा है। यह अनुभव से देखा गया है कि इस सस्था का विकास शहर के अस्पतालों के ढग पर करने के बजाय देहात में गावों के ढग पर करना अधिक उपयोगी होगा।

ऐसी सस्थाएँ ज्यादा नहीं कायम की जा सकती और घर में अलग रहने का प्रश्न हिंदुस्तान की आज की परिस्थिति में व्यावहारिक नहीं है। गावों के लिए तो अलगाव का ही एक मार्ग बच जाता है। शायद कुछ गावों का एक गुट बनाकर उनकी ओर से कोई कुण्ठग्राम बसाना अधिक सुविधाजनक हो सकता है। पर अपने-अपने यहाँ की परिस्थिति के अनुसार व्यावहारिक मार्ग वहाँ के पास-पड़ोस की जनता को ही तय करना होगा। इसका प्रयत्न अवश्य होना चाहिए। यह काम सरकार का है, यह समझकर समाज का निश्चिन्त रहना उचित नहीं है। पर समाज उदासीन है इसलिए कुछ करना संभव नहीं है, यह कह देने भर से सरकार की छुट्टी नहीं हो सकती। ऐसी वस्तियों में केवल सासर्गिक रोगियों को ही अलग करना चाहिए। गाव में आज जैसा उनका उदर-निर्वाह होता है वहाँ भी कम-से-कम उतना होना चाहिए। इसका खयाल रखना चाहिए कि उन्हें भीख पर गुजारा न करना पड़े। स्त्रियों और पुरुषों के निवास अलग-अलग होने चाहिए। निरोगी आदमियों के लिए वहाँ रहने की मनाई होनी चाहिए। वहाँ के नियम और स्वच्छता पर उचित देखरेख होनी चाहिए।

(४) उपचार-केंद्र (क्लिनिक ट्रीटमेंट सेंटर)

कोढ़ को रोकने में कुष्ठनिवास अथवा अस्पताल के बाद ही उपचार-केंद्रों का नवर है। निम्नदेह उनकी बहुत जरूरत है। वे कुष्ठ-निवास की पूर्वतयारी के रूप में होते हैं और पूरकरूप भी। सब अनासर्गिक रोगियों और थोड़े आरम्भिक नासर्गिक रोगियों के लिए उनका अच्छा उपयोग होता है। उनके द्वारा रोग-निर्णय, उपचार और प्रतिवध ये तीनों प्रकार के काम हो सकते हैं। हिंदुस्तान में रोगियों में से ७५ प्रतिशत उपचार-केंद्रों में ही जाते हैं। हिंदुस्तान में ऐसे उपचार-केंद्रों की मन्दा आज लगभग १००० है। हफ्ते में एक बार नूई लगाना भर ही उनका काम नहीं होना चाहिए। आदर्श केंद्रों में प्रत्येक रोगी के घर की ओर उनके-सब कुटुंबवालों की हर छठे महीने जाच होनी चाहिए। कोढ़-विषयक ज्ञान समाज में फैलाने की तो वह शाला ही हो। कुष्ठनिवासों में रोगी भेजने का काम वास्तव में उन्हीं के द्वारा होना चाहिए। समाज में से ऐसे रोगियों को जल्दी-से-जल्दी खोज निकालना इन केंद्रों के कामों में एक मुख्य काम है। कुष्ठनिवास और उपचार-केंद्र का चोली-दामन का सा साथ है। हिंदुस्तान में केवल कुष्ठनिवासों द्वारा अथवा केवल उपचार-केंद्रों द्वारा कोढ़ का प्रश्न हल होना संभव नहीं है। दोनों का उचित समन्वय और सहकार होना चाहिए। इन दोनों में किनकी जरूरत ज्यादा है, यह विषय कभी विवादास्पद था पर आज तो दोनों की मर्यादा और महत्व सामने आगये हैं। जैसे मनुष्य के दोनों हाथ समान भाव से उपयोगी हैं वैसे ही ये दोनों भी हैं। एक के अभाव में दूसरा पगु रहेगा। हिंदुस्तान में कुष्ठनिवास और उपचार केंद्र भिन्न-भिन्न प्रवधों के आधीन हैं, इसकी वजह से परस्पर का सबध गाढ़ होने में अड़चन पड़ती है। होना तो चाहिए दोनों का

पूर्ण सहकार, तभी समाज के लिए दोनों वास्तविक रूप से उपयोगी होंगे ।

यहां कुष्ठनिवास अथवा उपचार-केंद्रों की रचना और कार्य-पद्धति देने की आवश्यकता नहीं है । पाठकों को आसपास में कहीं ऐसी सस्था हो तो जरूर देखने का लाभ लेना चाहिए ।

(५) ऐच्छिक बनाम जबरदस्ती

कितनों का सुझाव है कि सौम्यकुष्ठ के रोगियों का जबरदस्ती इलाज और कालकुष्ठ के रोगियों का जबरदस्ती अलगाव करना चाहिए । ऐच्छिक उपचार और अलगाव से जितनी कामयाबी होने की उम्मीद है उतनी जोर-जबरदस्ती से नहीं । जबरदस्ती का उपाय काम में लाने के लिए जिस उच्च कोटि के लोकमत की आवश्यकता है वह परिस्थिति हिंदुस्तान में अभी देर से आनेवाली है । जापान, फिली-पाइन्स सरीखे देशों में जबरदस्ती के सख्त कानून बनाये गये, पर बाद को उन्हें बदलना या ढीला करना पड़ा । उनसे हमें सबक लेना चाहिए । जबरदस्ती के उपाय में रोगी अपने ऊपर जुल्म मानकर असंतुष्ट रहता है । डाक्टर के साथ सहकार नहीं करता । पद-पद पर नियम-भंग की कोशिश करता है । यह सही है कि ऐच्छिक पद्धति में भी सारे रोगी अपनी खुशी से अग्रसर नहीं होते । पर जो आते हैं उनकी उपचार पर अथवा अलगाव पर श्रद्धा होती है । वे खुशी से अपना फायदा समझ-कर नियम पालते हैं । सस्था में आने देने के लिए उपकार मानते हैं । इसके सिवा स्वेच्छा से नियम-पालन में जो नैतिक आनन्द है वह निराला ही है, जबरदस्ती के उपाय में लुकाव-छिपाव बहुत रहता है । इसलिए सब सासर्गिक रोगियों को जबरदस्ती अलगाना मुश्किल है । लोकमत पीछे हुए बिना कितना ही कड़ा कानून बना दिया जाय तो भी उसका

वास्तविक परिणाम नहीं होता। उसका जितने भाग में पालन होता है उससे ज्यादा भाग में वह भग किया जाता है। देखा गया है कि बड़ी दिक्कतों के बाद लुक-छिप करनेवाले रोगियों को तलाशा भी गया तो उतने ही समय में वह बहुतों को ससर्ग का शिकार बना चुके होते हैं। इसकी वजह से कानून की असली मशा जहा-की-तहा ही रह जाती है। इस संवध में आजतक के अनुभव के आधार पर विशेषज्ञों ने यह मत कायम किया है कि लोकमत और शिक्षण द्वारा अलगाव करने पर जोर देना अच्छा है। जबरदस्ती के उपाय विलकुल छोटे देश में अथवा द्वीप में व्यावहारिक सिद्ध हो सकते हैं, किसी विशाल देश में नहीं।

(६) जाच (सर्वे)

प्रत्येक रोगग्रस्त हिस्से की व्यवस्थित जाच होनी चाहिए। (१) रोगमान और (२) वहा रोग-प्रसार के विशिष्ट कारणों की निश्चित कल्पना हो जानी चाहिए।

यह जाच तीन प्रकार की होती है। रोगग्रस्त हिस्से में बीच-बीच में कुछ गांव लेकर नमूने के लिए जाच की जाती है (सैंपल सर्वे)। उससे सारे हिस्से की साधारण कल्पना हो जाती है। दूसरी जाच (कसेन्ट्रैटेड-सर्वे) में प्रत्येक रोगी जाचा जाता है। उसके लिए कार्यकर्ताओं का दल चाहिए और वस्तु भी काफी चाहिए। तीसरी तरह की जाच खास मौकों पर मुख्य रूप से सशोधन या अध्ययन के लिए की जाती है। ऐसी जाच में किसी खास भाग के प्रत्येक व्यक्ति की संपूर्ण शास्त्रीय रीति से परीक्षा की जाती है। उन हिस्सों का कई वर्ष बराबर अवलोकन और फिर-फिर जाच चालू रहती है। ऐसी जाच विशेष मौकों पर ही संभव होती है (एपिडिमिआलॉजिकल सर्वे)

(७) प्रचार

प्रचार जाच के साथ ही सुलभता से हो सकता है। प्रचार को उपयुक्त और आकर्षक बनाने के लिए उन-उन गावों के प्रत्यक्ष उदाहरणों द्वारा प्रचार करना उत्तम होता है। उसमें तात्त्विक विवेचन पर जोर देने की जरूरत नहीं है। चित्र अथवा चित्रपटों की मदद मिल जाय तो लेनी चाहिए। जो रोगी अच्छे हो गये हैं वे अच्छे प्रचारक बन सकते हैं। सीधी स्थानीय लोकभाषा में ही प्रचार करना चाहिए।

(८) प्रतिवधक कार्य के लिए सगठन।

उपर्युक्त कार्यों का सघटन प्रांतिक सरकार या स्थानीय डिस्ट्रिक्ट-बोर्ड और म्यूनिमिपलिटियों की ओर से खास तौर से हो सकता है। इसके सिवा दूसरे देशों का और हिंदुस्तान का भी यह तजरबा है कि सार्वजनिक लोकहितैषी सस्थाएँ ऐसे कामों में अनमोल सहायता कर सकती हैं। इतना ही नहीं, उनके द्वारा जो लोकमत का सहारा मिलता है वह मिले बिना ऐसे कामों में तरक्की नहीं होती। सरकारी सस्थाओं के सिवा ऐसी सार्वजनिक सस्थाओं के कायम होने की जरूरत है। उनमें जो लगन और सेवा की भावना होती है वह सरकारी सस्थाओं में नहीं मिल सकती। हा यह अवश्य होता है कि सरकारी सस्थाओं के पास अधिकार और पैसे का जो जोर रहता है उससे वे रहित होती हैं। थोड़े क्षेत्र में अच्छा काम सार्वजनिक सस्थाओं से ज्यादा सघ सकता है। व्यापक क्षेत्र में सरकार का ही हाथ लगाना ठीक है।

वाईसवां प्रकरण

कोढ़ और गांव

जैसे क्षय शहरो-उद्योग-केंद्रों में पाया जानेवाला रोग है, वैसे ही कोढ़ खास कर देहातो में पाया जाना है। जैसे शरीर के सर्वव्यापी अवयव त्वचा और मज्जातंतु में यह फैलता है वैसे ही देशव्यापी गावों में उसका फैलाव है। नम्कृति की विशिष्ट अवस्था और रहन-सहन के साधारण सुधार के परिणाम पर यह निर्भर करता है, इसलिए प्रत्येक गाव का सुधार हुए बिना इसकी जड़ जाना कठिन है। इसमें कोढ़ का प्रश्न गावों के सामाजिक, आर्थिक और आरोग्य संबंधी प्रश्नों के साथ बेतरह जुड़ा हुआ है।

देश में यदि इसे निकाल भगाना है तो हर गाव को इस समस्या के हल करने का काम गाव में ही शुरू करना चाहिए, तभी इस की रोक-थाम संभव है। कोढ़ का किला कहिए, गढ़ कहिए, गाव है। वहीं उसकी जड़ खोदनी चाहिए।

गावों में कोढ़ के बारे में कितनी ही मूर्खतापूर्ण रूटियां फैली हुई हैं। 'छून को क्या बात है जी, किस्मत में लिखा था हो गया' यह बराबर सुना जाना है। व्यभिचार में अपना रोग दूसरे के पल्ले बघ जाता है और खुद को मुक्ति मिल जाती है, यह माननेवाले भी पाये जाते हैं। उन्हें इसका भेद नहीं मालूम रहता कि सासर्गिक रोगियों से अधिक डरना चाहिए या अपंग और शक्ल बिगड़े हुए लोगों से? छोटे बच्चों को रोगियों के पान खेलने को छोड़कर बाहर काम के लिए जाते उन्हें कोई दुविधा नहीं होती। कोढ़ी के वश में औरों के साथ शादी-विवाह होते रहने के अनेक उदाहरण दिये जा सकते हैं।

यह नहीं है कि बहुतों को रोगों के वास्तविक रूप की कल्पना नहीं होती। किसी गरीब आदमी के बारे में सिर्फ कठोरता से ही नहीं क्रूरता से भी काम लिया जाता है। परन्तु कोई रोगी धनी हुआ या प्रतिष्ठित तो आवश्यक नियम पालन करने की उनकी हिम्मत नहीं पड़ती। और खुद का जो नाते-रिश्तेदार हुआ तब तो किसी नियम का पालन करीब-करीब असंभव ही है। सासर्गिक रोगी के स्वतन्त्रता से कुटुंब में या समाज में हिलने-मिलने से अनेकों को उसका ससर्ग-दोष पहुँच सकता है, इसका उन्हें खयाल नहीं रहता। पत्नी रोगिणी हुई तो आमतौर में उसे छोड़ ही दिया जाता है, और बाल-बच्चे सब उसी के साथ जाते हैं और रोग के शिकार होते हैं। पति रोगी हुआ तो कुटुंब में खुल्लम-खुल्ला सब व्यवहार चलाता है। भला कुटुंब के मुखिया से कहने की हिम्मत किसकी होगी कि भाई तुम अलग जा रहो। गावों में सारे गाव का एक ही नाई और घोड़ी होता है। उसके खास घघे की वजह से गाव में रोग हुआ तो उसे लगने का खटका रहता है और फिर उससे सारे गाव से फैलने का डर रहता है। कुछ जगह इन्हें खुराक देने का रवाज होता है जिससे रोग फैलने की ज्यादा गुंजाइश रहती है।

ससर्ग के दो हिस्से किये जा सकते हैं (१) कुटुंब में बढ़नेवाला और (२) गाव में दूसरों में फैलनेवाला। पहले प्रकार का ससर्ग अलग किये बिना टलना कठिन है और वह कुटुंब के व्यक्ति पर निर्भर है। दूसरे प्रकार का ससर्ग न बढ़ने देने का हर जाति और गाव चाहे तो अच्छी तरह प्रयत्न कर सकता है। 'जो गाव कर सकता है वह राव (राजा) नहीं कर सकता' यह कहावत और मामलों में इतनी सही शायद न ठहरे जितनी इस मामले में। रोकथाम के तत्त्वों का विवेचन पिछले प्रकरणों में किया जा चुका है। उसका पूरा-पूरा अमल होना

(३) शुश्रूषा और दाई का काम ।

(४) नाई धोबी का काम ।

(५) कुली का काम ।

(६) गली-गली भीख मागते फिरने का काम ।

(७) सभा, तीर्थ या कहीं दावत खाने जाने का काम ।

६—कोढ़ियों का और दूसरों का परस्पर व्याह-शादी रोकना ।

७—कोढ़ी को सतान होना इष्ट नहीं है । यदि हो जाय तो वन्धे को निरोगी रिश्तेदारों के यहाँ पालना चाहिए ।

८—रोग को छिपाने की प्रवृत्ति को जहाँ तक सम्भव हो दूर करना चाहिए । इसके लिए रोगियों से तिरस्कार और हीनता का व्यवहार नहीं होना चाहिए । समाज में सहानुभूति और सहायता की भावना पैदा करनी चाहिए ।

९—जहाँ सम्भव हो वहाँ पुरानी कोढ़ी-गाव बसाने की पद्धति को उत्तेजन देना चाहिए । ४-५ गाव मिलकर एक ऐसी बस्ती बसा सकते हैं ।

१०—जो रोगी उपचार ले रहे हैं उन्हें 'सामान्य उपचार' शीर्षक में जैसा बतलाया गया है उसके अनुसार चलाना । इस अवधि के पत्र पत्रिकाओं का लोमो में प्रचार करना ।

प्रकरण २३ वां

कोढ़ संबंधी कुछ उल्लेखनीय संस्थाएँ

दि इंटरनेशनल लेप्रसी कांग्रेस

दुनिया में कोढ़ के सबंध में अधिकार पूर्वक शास्त्रीय निर्णय करने-वाली यह अकेली मर्यादा है। मगार के भिन्न भिन्न देशों में साधारणतः हर पाचवें साल सब देशों के प्रतिनिधि मुण्डवेता (लेप्रालाजिस्ट) इकट्ठे होने हैं, उस समय तक की शोधों और अनुभवों की चर्चा करते हैं, उत्तमोत्तम निग्रह पढ़े जाते हैं और अंत में प्रस्ताव रूप से कार्यकर्ताओं की स्वीकृति के लिए निर्णीत मत प्रकट किया जाता है। १९३१ में मनिला (फिलिपाइन) में कांग्रेस हुई थी। उसके बाद १९३८ में काहिरा (इजिप्ट) में ५ वां अधिवेशन हुआ। उसमें ५० देशों से लगभग ३०० कुष्ठ रोग के जानकार जमा हुए थे। इस कांग्रेस के अब तक ५ अधिवेशन हुए हैं। इसकी ओर से 'दि इंटरनेशनल जर्नल आफ लेप्रसी' नामक प्रमासिक पत्र निकलता है। इस संस्था के निर्माण में 'अमेरिकन लेप्रनी फाउंडेशन' से विशेष सहायता मिली है।

ट्रि मिशन टु लेपर्स

समार के अनेक देशों में अनेक वर्षों से निष्ठा और मेवा-भाव से कोढ़ियों के लिए बराबर काम करनेवाली 'ट्रि मिशन टु लेपर्स' नामक संस्था है। १८७४ में डब्लू. सी. बेली ने इसकी स्थापना की थी। बेली उस वक्त अम्बाला (पंजाब) में थे और अपनी फुर्सत का वक्त कोढ़ियों के प्रश्न के विचार में लगाते थे। उनके पत्र से माकस्टाउन (डब्लिन) की तीन कुमारिकाओं ने उन्हें हर साल ४५० रुपये इकट्ठा करके इस काम में खर्च करने को भेजने का निश्चय किया। उनकी कोशिशों का नतीजा यह हुआ कि पहले साल के अंत में बजाय ४५०

के ७५००) से ऊपर रकम जमा हुई। दूसरे साल वह १२०००) से भी बढ़ गयी। खुद बेली को इतने रुपये की जरूरत न थी, इसलिए उन्होंने इस काम के करनेवाले हिन्दुस्तान में जो दूसरे मिशनरी थे उन्हें सहायता देने का निश्चय किया। इस प्रकार कार्य का आरम्भ होकर इस जगद्व्यापी सस्था की नींव पड़ी। आज मिशन की सालाना आमदनी १४ करोड़ से अधिक है। इस सस्था का आरम्भ जैसे हिन्दुस्तान में हुआ वैसे इसकी प्रधान शाखा भी हिन्दुस्तान में ही है। इसके सिवा चीन, जापान, कोरिया, फारमोसा, श्याम, अफ्रीका, अमेरिका और दूसरी जगहों में भी शाखाएँ हैं। हिन्दुस्तान में मिशन के ३७ कोढ़ीखाने हैं। इनके सिवा ऐसे ही दूसरे १५ कोढ़ीखानों को वह सहायता देता है। इनमें लगभग १०००० रोगियों के रहने, खाने-पीने और दवा-पानी का बंदोबस्त है। रोगियों के ८०० निरोग बच्चों को अलग करके स्वतंत्र निवास में रखने की व्यवस्था की गयी है। इसके सिवा बाहरी ६००० रोगी मिशन के दवाखानों से दवा पाते हैं।

मिशन के तीन उद्देश्य हैं—(१) रोगियों और उनके बच्चों की आध्यात्मिक शिक्षा का प्रबन्ध करना, (२) उनके भौतिक दुख दूर करना, (३) अपनी ताकत भर कोढ़ को नेस्तनाबूद करने में मदद करना। इसके सिवा रोगियों की प्राथमिक शिक्षा, उद्योग-धंधे, खेल-कूद मनोरंजन वगैरा की व्यवस्था की जाती है। इन सस्थाओं में आम तौर से ईसाई ही अधिक हैं और उन्हींका वायुमण्डल है। उनके नियमों में यह भी है कि धार्मिक मामले में किसी प्रकार की सख्ती न की जाय। आज हिन्दुस्तान के बहुतेरे कोढ़ीखाने मिशनरियों के इतजाम में ही हैं, दूसरों के तो अगुलियों पर गिनने भर को है। हिन्दुस्तान में इस काम में फिलहाल हर साल मिशन ८ लाख रुपये से ऊपर खर्च

करता है। उसमें से आधी रकम सरकार से सहायता-स्वरूप, एक तिहाई दूसरे देशों से सहायता और बाकी भारतीय जनता से मिलती है। आरम्भ से अब तक इस काम में मिशन ने १५ करोड़ रुपये से ज्यादा खर्च किये हैं। हिंदुस्तान का प्रधान कार्यालय पुरलिया (बिहार) में है।

लेप्रसी रिलीफ असोसियेशन—इण्डियन कौंसिल

१९२४ में लंदन में लेप्रसी रिलीफ असोसियेशन की स्थापना हुई और उसकी हिंदुस्तानी शाखा—इण्डियन कौंसिल की साल भर बाद १९२५ में। हिंदुस्तान में लोग रोगियों की दीन दशा से परिचित थे। इसलिए जब इंडिया कौंसिल की स्थापना के बाद फंड के लिए पब्लिक अपील निकली तो राजा महाराजा और जनता—सब ने बड़ी उदारता से उसका समर्थन किया। २०२५००० रुपया स्थायी कोष में जमा हो गया, और उससे मिलनेवाली १२२००० रुपये की सालाना रकम असोसियेशन की उद्देश्य-पूर्ति के लिये खर्च होने लगी। बीच में एक्सचेंज की दर के कारण इस आय में ११०००) सालाना की कमी हो गयी। पर आगे चल कर सिलवर जुविली फंड में से ३१३०००) की सहायता मिल जाने से वह कमी पूरी हो गयी।

मर्यादित साधनों से अधिक से अधिक फायदा उठा लेने के लिए इस काम के तीन हिस्से किये गये हैं—(१) इस विषय के शोध अनुसंधान के लिये प्रेरणा और प्रोत्साहन देना, (२) रोग की उत्पत्ति, प्रतिवध और उपचार सबबी यथार्थ ज्ञान लोगों में फैलाना, और (३) रोगी के आधुनिक उपचार पाने का प्रवध करना। यह कार्यक्रम अमल में लाने का काम मध्यवर्ती कौंसिल और प्रांतीय शाखाओं में बांट दिया गया है। अनुसंधान, प्रचार और अनुभवी डाक्टर सिखा कर तैयार करना इत्यादि सर्व प्रांतीय उपयोग नवबी जिम्मेदारी मध्यवर्ती कौंसिल

की है। रोगियों के उपचार पाने की व्यवस्था वगैरा, जो स्थानीय प्रकार की जिम्मेदारी है, प्रांतीय शाखाएं करती हैं। उन्हें इसके लिए करीब-करीब आय का आधा हिस्सा दे दिया जाता है। डिस्ट्रिक्ट बोर्ड और म्युनिसिपल बोर्डों से उन्हें और भी कुछ मदद मिल जाती है।

स्कूल आफ ट्रापिकल मेडिसिस एंड हाइजीन (कलकत्ता) में अनुसंधान कार्य की व्यवस्था रखी गयी है। उसमें ट्रापिकल स्कूल और इंडियन रिसर्च फंड असोसियेशन के अधिकारी सहायता करते हैं। १९३९ के अन्त तक पिछले १५ वर्षों में इसके लिए असोसियेशन ने ३६६८१२) रुपये खर्च किये हैं। इस सवध का साहित्य, विज्ञापन, फिल्म और स्लाइड तैयार कराकर जनता में कोढ़ के बारे में प्रचार किया जाता है। 'लेप्रसी इन इंडिया' नामक एक त्रैमासिक पत्र भी निकाला जाता है। इसकी वजह से कोढ़ सबकी अनुभवों और खयालात के परस्पर आदान-प्रदान का सुभीता कार्यकर्ताओं को है। अब तक असोसियेशन ने ९२०००) रुपये प्रचार के लिए खर्च किये हैं। जानकार डाक्टर सिखा-पढाकर तैयार करने के लिए कलकत्ता और डिचपल्ली में स्पेशल क्लास खोले जाते हैं। हिंदुस्तान तथा अन्य देशों में मिलाकर १००० डाक्टर तैयार हो गये हैं। इसके लिए असोसियेशन को ७९०००) रुपये खर्च करने पड़े हैं। इन सीख-पढकर तैयार हुए डाक्टरों ने अपने-अपने प्रांत में दूसरे डाक्टर सिखाकर तैयार कर दिये हैं। आज कोढ़ के आधुनिक-ज्ञान-प्राप्त जानकार डाक्टरों का किसी भी प्रांत में मिलना कठिन नहीं है।

हिंदुस्तान के भिन्न-भिन्न भागों में तुलनात्मक रोगमान क्या है, किस जाति और किस वर्ग में रोग अधिक है और उसके कारण क्या है यह निश्चय करने को १९२७ में एक खास सर्वे पार्टी ने बड़े हिस्से में जांच का काम शुरू किया था। इसमें असोसियेशन के ८७३०००) रुप

सर्च हुए। उपयुक्त जानकारी प्राप्त करने के बाद १९३१ में सर्वे पार्टी विसर्जित कर दी गई। कोढ़ रोकने के प्रभावशाली उपाय के अनुसंधान का काम इस वक्त बंगाल और मद्रास के शहरी हिस्से तथा गांवों में जारी है।

प्रांतीय और स्थानीय सब शाखाओं के उपचार के प्रबंध का काम उनकी आमदनी के अनुसार चलता है। सब देशों में कुल १००० उपचार केन्द्र हैं। उनमें काफी रोगी उपचार के लिए आते हैं। हर शाखा की यह रिपोर्ट है कि नियमित और अधिक समय तक इलाज कराने पर उचित सुवार होता है। हजारों रोगियों को योग्य उपचार मिलता है और सुधरा हुआ रोगी बहुतेरे हताश भाइयों को केन्द्रों में भेजने का कारण बनता है, यह सुचिन्ह है। इसकी वजह से हिंदुस्तान से कोढ़ को नेस्तनाबूद करने की कोशिश में कामयाबी की उम्मीद होने लगी है।

क्युलिन (फिलिपाइन्स)

इस द्वीप में फिलिपाइन्स के सब रोगी अलगा कर जमा कर दिये गये हैं। अमेरिकन और फिलिपाइन दोनों सरकारों ने मिल कर वहाँ एक आदर्श सस्था बना दी है। दुनिया की इस सबध की यह एक उत्तम सस्था है। अनुसंधान के काम में इसका खास स्थान है।

कुछ उल्लेखनीय व्यक्ति

फादर डैमियन—यह बेलजियन पादरी थे। इनका मूल नाम था जोसेफ डिब्यूस्टर। इनका जन्म ३ जनवरी १८४० को ट्रेमेल में हुआ था। रोजगार में लगने के इरादे से इन्होंने तालीम पायी थी। लेकिन १८ वर्ष की उम्र में यह पादरी बन गये और डैमियन नाम पड़ा।

यह नायब पादरी होकर काम कर रहे थे कि इनके एक पादरी मित्र पैसिफिक द्वीप में बीमार पड़े। उनकी जगह यह काम करने गये। हवाई द्वीप की राजधानी होनोलूलू में मार्च १८६४ में पहुँचे। आरम्भ

में हिवट्सन टाइड में इनकी नियुक्ति हुई। उस समय हर कोडी को मोलोकाई द्वीप में अलग भेज देने का हवाईयन सरकार का कायदा था। उनकी हालत बहुत ही दयनीय और हृदयस्पर्शी थी। डेमियन साहब उनका दुःख दूर करने को तडफडाने लगे। इन्होंने १८७३ में खुद स्वयमेवक की भांति मोलोकाई द्वीप में धर्मोपदेशक का काम करना स्वीकार किया। मोलोकाई द्वीप में पाव रखने के बाद वही इन्होंने अपनी जिंदगी बिता दी। सिर्फ पादरी के नाते होनोलूलू जाते थे। उतना ही वस्त्र बाहर बीतता था, बाकी सब उसी द्वीप में। धर्मोपदेशक के काम के सिवा पानी, रहने के मकानात, खानपान इत्यादि का सुधार कर रोगियों की भौतिक सुख-मुविधा की ओर भी यह ध्यान देते थे। इस काम में यह खुद शारीरिक श्रम करते थे, इससे उस ओर सरकार का ध्यान भी खिंचा था। शुरु के ५ वर्षों में इन्होंने सिर्फ अकेले ही काम चलाया। उसके बाद वहां के दूसरे धर्मोपदेशक इनकी सहायता करने लगे। यह रोगियों की हर तरह की सेवा नि मकोच होकर करते थे। १८८५ में इनको खुद कोढ़ हो गया और १५ वी अप्रैल १८८९ में इन्होंने शरीर छोड़ा। स्टीवन्सन, क्लिफोर्ड और पम्पट्यूल वगैराने इनके जो जीवनचरित्र लिखे हैं वह पढ़ने योग्य हैं।

यूरोपीय देशों में कोढ़ियों के विषय में रस लेनेवालों में ईसा मसीह के बाद ही फादर डेमियन का नाम लिया जाता है। फादर डेमियन स्वस्थ-स्वस्थ और निरपेक्ष-सेवा की सच्ची प्रतिमूर्ति थे।

आमूर हनसेन

इन्होंने १८७१ में कोढ़ के कीटाणुओं की खोज की। अभी तक ऐसी दूसरी खोज नहीं हुई है। यह जैसे विशेषज्ञ थे वैसे ही उदारचेता भी। नार्वे में कोढ़ को निस्तनावूद करने में इनका खास हाथ था।

